



UNIVERSIDAD
**PABLO^{DE}
OLAVIDE**
S E V I L L A

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

CEDEP
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

Línea de Investigación:
Cambio Social y Políticas Públicas

ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PERSPECTIVA DE LOS *STREET LEVEL* *BUREAUCRATS*

Autora: **Inés Mercedes Rouquaud**

Directoras: **Dra. María Jesús Rodríguez García**
Dra. María Rosa Herrera Gutiérrez

2019



DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

Línea de Investigación: Cambio Social y Políticas Públicas

ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PERSPECTIVA DE LOS *STREET LEVEL BUREAUCRATS*

Autora: **Inés Mercedes Rouquaud**

Dependencia: Universidad Nacional de San Luis

Facultad de Ciencias Económicas, Jurídicas y Sociales

República Argentina

2019

DEDICATORIAS

A Rober

A mis hijos

Carla y Franco

A mi madre Josefina

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a la Universidad Pablo de Olavide por haberme dado la oportunidad de hacer realidad un sueño largamente albergado, que por distintas razones no pude concretar antes y a la Dra. Gloria Trocello por haberme acercado a esta Universidad, a través de proyectos internacionales hace casi veinte años, además de compartir trabajos de investigación en nuestra Universidad.

Asimismo, a la Universidad Nacional de San Luis, donde estudié, inicié y desarrollo mi carrera docente y de investigadora, que facilitó mis traslados en base a una normativa que lo posibilita, apoyando con una ayuda económica en el inicio. Además, he contado con el apoyo de varios colegas, más el esfuerzo y acompañamiento de mi colaboradora inmediata, Mirta Cámara Guillet.

Un reconocimiento especial a Mónica Páez, Mariana Saibene y Silvia Cámara Guillet, Co-directora e integrantes, respectivamente, del equipo de investigación que conformamos hace más de 10 años, quienes colaboraron inicialmente en el procesamiento de los datos con dedicación y esmero.

Al Dr. Manuel Díaz Flores de la Universidad de Aguascalientes, México, que dirigió mi estancia internacional en esa Universidad y facilitó los vínculos con el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) Región Centro Aguascalientes, como así también en la sede Central de Ciudad de México, cuyos integrantes aportaron conocimiento y experticia en el tema de esta tesis, además de bibliografía central y actualizada.

Un especial agradecimiento al Dr. David Arellano Gault, del Área de Administración Pública del CIDE Sede Central, que me alentó en este trabajo y luego leyó la tesis, realizando importantes aportes.

El mayor agradecimiento es a mis Directoras Dra. María Jesús Rodríguez García y

Dra. María Rosa Herrera por su total compromiso, acompañamiento, aliento en los momentos difíciles que atravesaron el desarrollo de este trabajo y sobre todo su profesionalidad, respeto, esfuerzo, tiempo y calidez brindado a lo largo de estos años de trabajo conjunto.

Finalmente, a mi familia: Carla y Franco, mis amados hijos, mi madre Josefina, que con tanto amor y paciencia soportaron mis ausencias, mis desvelos y a Rober, mi compañero, que siempre conté con su apoyo incondicional y su aliento, lo que confirma una vez más que son las personas más importantes y queridas de mi vida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
¿Por qué este enfoque?	2
¿Por qué esta provincia?	4
¿Por qué esta política?	6
 CAPÍTULO 1: BUROCRACIA PÚBLICA, TEORÍA DE LAS	
ORGANIZACIONES, IMPLEMENTACIÓN Y CONTEXTO	12
1.1.1 La Teoría de la Administración Pública	13
1.1.2 De la Administración Pública a los estudios de	
Implementación de Políticas Públicas	18
1.1.3 La perspectiva organizacional	21
1.2.1 Los estudios de Políticas Públicas	29
1.2.2 Las teorías de la implementación de Políticas Públicas	32
1.3.1 Del régimen político a las Políticas Públicas: Aspectos rele-	
vantes para pensar las organizaciones y la implementación	38
 CAPÍTULO 2: EL CASO DE ESTUDIO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS	
PARTICULARES	46
2.1 ÁMBITO DE LA POLÍTICA: LA SANIDAD	48
2.1.1 El sistema de salud en Argentina: composición y	
financiamiento	48
2.1.2 La atención primaria de la salud.	52
2.1.2.1 ¿Qué es la atención primaria de la salud?	52
2.1.2.2 ¿Cuáles son las principales líneas estratégicas para	

Argentina?.....	54
2.1.3 La Política de Salud en San Luis.....	57
2.1.3.1 Composición del sector de salud en San Luis.....	57
2.1.3.2 Atención Primaria de la Salud Pública en la Provincia.....	59
2.2 EL “LOCAL” DE INVESTIGACIÓN: PERFILES DEMOGRÁFICOS Y FACTORES POLÍTICOS.....	67
2.2.1 Caracterización del ‘Local’ de Investigación.....	67
2.2.1.1 Perfil sociodemográfico.....	67
2.2.1.2 Indicadores de Sanidad.....	72
2.2.2 El ambiente político del local de investigación.....	74
2.2.2.1 La patrimonialización del estado provincial.....	75
2.2.2.2 Patrimonialismo, ambiente político y contexto de la Política de Salud en San Luis.....	79
 CAPÍTULO 3: BUROCRACIAS E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SITUANDO EL ESTUDIO DE LA <i>STREET LEVEL BUREAUCRACY</i>	 83
3.1 El enfoque de la <i>Street Level Bureaucracy</i>	84
3.1.1 Discrecionalidad y autonomía de los empleados de base	86
3.2 El estado del arte en los estudios sobre <i>Street Level Bureaucracy</i>	92
3.3 Analizando la <i>Street Level Bureaucracy</i> : definición operativa y propuesta de medición	103
 CAPÍTULO 4: DISCRECIONALIDAD DECISORIA ENTRE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS (ARGENTINA). EXTENSIÓN Y FACTORES EXPLICATIVOS	 112
4.1 Caracterizando el universo de estudio: médicos de Atención Primaria de Salud en la provincia de San Luis	113
4.2 Discrecionalidad decisoria: dimensionalidad y extensión	115
4.3 De los factores personales a los factores organizacionales: modelos explicativos de discrecionalidad decisoria entre	

los médicos de APS en San Luis	123
4.3.1 Discrecionalidad decisoria en medidas de Atención General	125
4.3.2 Discrecionalidad decisoria en medidas de internamiento ...	133
CONCLUSIONES	141
BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	159
ANEXOS	173
CAPÍTULO 2:	
ANEXO 2.1. DOCUMENTO DE TRABAJO: LA POLÍTICA DE SALUD EN EL CONTEXTO NACIONAL	173
2.1 Antecedentes histórico-políticos: caracterización	173
2.1.1 Reforma del Estado de los '90 y Descentralización en Salud	179
ANEXO 2.2. DOCUMENTO DE TRABAJO: INDICADORES DE SALUD PROVINCIA DE SAN LUIS	182
2.1 Algunos indicadores de salud	182
2.2 Desigualdad socio-sanitaria en San Luis	186
ANEXO 2.3. DOCUMENTO DE TRABAJO: PATRIMONIALISMO EN SAN LUIS Y GASTO PÚBLICO SOCIAL	188
2.3.1 Primera Etapa: Auge y desarrollo del patrimonialismo (1983-2000)	188
2.3.2 Segunda Etapa: Crisis y decadencia (2001-2011)	193
2.3.3 Período de aplicación del estudio (2011 a 2015).....	194
ANEXO 2.4. ORGANIGRAMA JEFATURA DE COORDINACIÓN Y PROMOCIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS	201
CAPÍTULO 3.	
ANEXO 3.1. CUESTIONARIO: <i>Street Level Bureaucracy</i>	201

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 2: EL CASO DE ESTUDIO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS

PARTICULARES	46
Tabla N° 2.1 Cuadro Comparativo en % según Tipos de Cobertura en San Luis, Región Cuyo y Nivel Nacional.....	58
Tabla N° 2.2 Población y Densidad San Luis, Región Cuyo y País	68
Tabla N° 2.3 Composición de la Población según edad y sexo San Luis totales	70
Tabla N° 2.4 Índice de Dependencia Potencial y la Tasa de población de más de 65 años, Nacional, Región Cuyo y San Luis en %	70
Tabla N° 2.5 Provincia de San Luis. % Población en viviendas por instalación sanitaria por departamento. Año 2010.	73
Tabla N° 2.6 Neopatrimonialización en San Luis, indicadores y evidencias	79

CAPÍTULO 4: DISCRECIONALIDAD DECISORIA ENTRE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS (ARGENTINA). EXTENSIÓN Y FACTORES EXPLICATIVOS

112

Tabla 4.1. Distribución de Profesionales médicos según sexo y tipo de Centro	113
Tabla 4.2. Distribución de los profesionales según edad y tipo de Centro	114
Tabla 4.3 Distribución de profesionales médicos/as según cargo que ocupa y tipo de Centro	114
Tabla 4.4 Toma de decisiones de acuerdo a normas o juicios propios Medias (Escala 1- 5)	115
Tabla 4.5 Actuaciones en Atención Primaria de Salud y discrecionalidad decisoria (Escala 0 -1)	116

Tabla 4.6	Modalidad de Ingreso al Sistema de Salud Pública provincial	117
Tabla 4.7	<i>Street Level Bureaucracy Patterns (Escala 0-1)</i>	119
Tabla 4.8	Discrecionalidad según rasgos personales	121
Tabla 4.9	Rasgos Personales y Discrecionalidad. Modelo de regresión lineal (0-1).....	125
Tabla 4.10	Rasgos Personales y Variables clásicas de <i>Street Level Bureaucracy</i> Discrecionalidad. Modelo de regresión lineal (0-1).....	126
Tabla 4.11	Rasgos personales y objetivos de la política. Discrecionalidad. Modelo de regresión lineal (0-1)	128
Tabla 4.12	Aspectos organizacionales y discrecionalidad decisoria. Modelo de regresión lineal (0-1).....	130
Tabla 4.13	Rasgos Personales y Discrecionalidad. Modelo de regresión lineal (0-1).....	134
Tabla 4.14	Rasgos Personales y Variables clásicas de <i>Street Level Bureaucracy</i> . Modelo de regresión lineal (0-1)	135
Tabla 4.15	Rasgos personales y objetivos de la política. Modelo de regresión lineal (0-1).....	135
Tabla 4.16	Aspectos organizacionales y discrecionalidad decisoria. Modelo de regresión lineal (0-1).....	136

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO 1. BUROCRACIA PÚBLICA, TEORÍA DE LAS ORGANIZACIONES, IMPLEMENTACIÓN Y CONTEXTO.....	12
Cuadro N° 1.1 Resumen de las características predominantes de la estructura burocrática en un régimen patrimonialista.....	44
CAPÍTULO 2: EL CASO DE ESTUDIO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS PARTICULARES	46
Cuadro N° 2.1 Formas de acceso y Orientación de los Subsectores de Salud	51
Cuadro N° 2.2 Aspectos que abarca la Atención Primaria de la Salud (APS)	52
Cuadro N° 2.3 Neopatrimonialización en San Luis, indicadores y evidencias.....	79
Cuadro N° 2.4 Relación Burocracia de Régimen Patrimonialista y comportamiento de SLBs	81
CAPÍTULO 3: BUROCRACIAS E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SITUANDO EL ESTUDIO DE LA <i>STREET LEVEL BUREAUCRACY</i>....	83
Cuadro 3.1 Acciones de la Organización y comportamientos de los <i>Street Level Bureaucrats</i>	91
Cuadro 3.2 Grupos de factores que explican el gobierno-en-acción	102
Cuadro 3.3 Esquema de análisis de la discrecionalidad decisoria entre los médicos de atención primaria .	106
Cuadro 3.4 Esquema analítico para el estudio de la discrecionalidad decisoria entre los profesionales médicos de Atención Primaria en San Luis (Argentina).....	107

Cuadro 3.5	Factores de “demanda”	107
Cuadro 3.6	Factores individuales	108
Cuadro 3.7	Factores organizacionales	111
ANEXO 2.1. LA POLÍTICA DE SALUD EN EL CONTEXTO NACIONAL		173
Cuadro 2.1	Evolución del Estado Nacional y Política de Salud en Argentina	179

ÍNDICE DE ESQUEMAS Y GRÁFICOS

CAPÍTULO 2: EL CASO DE ESTUDIO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS

PARTICULARES	46
Esquema 2.1. Sistema de Salud en Argentina	49
Gráfico N°2.1. Gasto Público Social San Luis 1993-2008	78

ANEXO 2.2. DOCUMENTO DE TRABAJO: INDICADORES DE SALUD

PROVINCIA DE SAN LUIS	182
Gráfico N° 2.2.1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil (en %)	183
Gráfico N°2.2.2 Tasa de Mortalidad Infantil Año 2011	184
Gráfico N°2.2.3 Tasa de Mortalidad Materna Años 2000-2011	185
Gráfico N°2.2.4 Madres menores de 20 años por Departamento en %	185

ANEXO 2.3. DOCUMENTO DE TRABAJO: PATRIMONIALISMO EN SAN LUIS

Y GASTO PÚBLICO SOCIAL	188
Gráfico N°2.3.1 PBG por grandes divisiones - San Luis y El Chorrillo	189
Gráfico N° 2.3.2 Composición interna del GPS del período	192
Gráfico N° 2.3.3 Gasto Público Social San Luis 1993-2008	196
Gráfico N°2.3.4 Gasto Público Social total de gobiernos Provinciales y CABA 1993-2008.....	197
Gráfico N°2.3.5 Gasto Público Social San Luis Período 2011- 2014 .	198
Gráfico N°2.3.6 Evolución del Gasto Público en Salud Provincia de San Luis. 2010-2015	199

**CAPÍTULO 4: DISCRECIONALIDAD DECISORIA ENTRE LOS MÉDICOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS (ARGENTINA).**

EXTENSIÓN Y FACTORES EXPLICATIVOS	112
Gráfico 4.1. Dimensionalidad de la discrecionalidad en Atención Primaria	117
Gráfico 4.2. Factores explicativos de la discrecionalidad en los SLBs o médicos de APS	120

ÍNDICE DE MAPAS

CAPÍTULO 2: EL CASO DE ESTUDIO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS

PARTICULARES	46
MAPA N° 1. ZONAS SANITARIAS SAN LUIS AÑO 2014	65
MAPA N° 2. San Luis. Densidad poblacional por departamentos (habitantes/km ²).....	69

INTRODUCCIÓN

*"policy implementation in the end comes down to the people
[(the street-level bureaucrats)] who actually implement it"*

Michael Lipsky

La política pública, ese conjunto de acciones (u omisiones) que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil (Oszlak y O'Donnell; 1981) da lugar a un complejo entramado organizativo, pero se materializa, en última instancia en aquello que ocurre en el aula, el o la docente que enseña a sus estudiantes, o aquello que ocurre cuando un oficial de policía detiene a un conductor y revisa sus documento, o aquel espacio en el que el personal sanitario prescribe una prueba diagnóstica. También en la entrevista con una trabajadora social que prescribe un plan de atención centrado en la persona incluyendo el acceso a recursos públicos. Es decir, que de modo simple podríamos decir que estos sujetos, docentes, policías, médicos, trabajadoras sociales, por ejemplo, son quienes 'administran', en última instancia, los bienes y servicios, provistos por las políticas públicas. Esta investigación pone la mirada, por un lado, en ese espacio en el que se produce la última decisión del proceso de implementación, y que depende de empleados públicos que trabajan de forma directa con las personas usuarias de la política, y, por otro, en aquello que ocurre a este nivel: la discrecionalidad de la *street-level bureaucracy*.

Más concretamente, este trabajo tiene por objeto realizar un análisis de implementación de Políticas Públicas (en adelante PPs). Esta problemática ha sido tema de estudio y análisis en varios trabajos que le anteceden y constituye un interés teórico y empírico de esta investigadora. Asimismo, la gestión de PPS ha ocupado y

ocupa un lugar primordial en muchos análisis académicos, aunque es menos observado en gestores públicos. Pero quizás la relevancia de esta área de estudio reside en el impacto que la gestión de PPs tiene en la vida de la ciudadanía dado que su desarrollo depende, en parte, de satisfacer sus necesidades y ejercer sus derechos cuando ellos dependen de los servicios estatales, lo cual no siempre está asegurado, al menos en América Latina, donde se sitúa este estudio.

Una vertiente en el estudio de la PPs son las teorías de la implementación que cuentan con varias y distintas perspectivas de análisis que se fueron valorando a la luz de las problemáticas que se generan alrededor de la distribución de servicios públicos. Así, se optó por el enfoque que analiza la implementación de “abajo hacia arriba” donde se enfatiza la importancia de la acción de los empleados públicos de los niveles inferiores de las burocracias públicas, que están en contacto directo con la ciudadanía. De esta forma, queda delineado un espacio de interacción donde es posible analizar los comportamientos de aquellos, frente a las personas beneficiarias de la política y su relación con los objetivos de la misma. Dado que este enfoque se desarrolló preponderantemente en EE. UU y UK, con contextos institucionales y culturales tan diferentes, aplicarlo a un caso latinoamericano constituye todo un desafío.

¿Por qué este enfoque?

En primer lugar, porque el mismo posibilita el acceso a un campo de conocimiento muy poco explorado en América Latina, -donde los cambios de políticas, específicamente las sociales son una constante-, bien por la preocupación permanente por superar la pobreza, bien por la ineficiencia de la mayoría de las burocracias públicas de los países de la Región, todo lo cual generó la inquietud de estudiar el fenómeno desde una perspectiva diferente, que pudiera aportar a la comprensión de la problemática de la implementación de PPs, contribuir a la mejora de la distribución de servicios públicos y con ello a la mejora de las cuestiones sociales más acuciantes en el contexto latinoamericano.

En segundo lugar, porque al iluminar este espacio “nuevo” de conocimiento, se incorporan actores de la PP que permanecen ausentes en el enfoque tradicional o

clásico, sustentado en la perspectiva de “arriba hacia abajo” y que hace ya tiempo que ha mostrado sus debilidades.

Asimismo, esta perspectiva al posibilitar la visibilización de la “verdadera” interrelación entre Estado y sociedad, que se concreta en estos espacios, contribuiría a desvelar, en estos contextos, no sólo ciertas falencias de las políticas, sino también de los políticos y de la gestión de las organizaciones creadas al efecto, que al no dotarse de las capacidades necesarias -sea por razones presupuestarias y/o intereses particulares- no logran resolver los problemas sociales que afectan a gran parte de la ciudadanía.

En tercer lugar, incorporar la mirada de estos “nuevos” actores reviste la posibilidad de exponer problemáticas político-organizacionales -a la luz de los desarrollos teóricos y empíricos-, cuya ausencia podría contribuir a la reproducción, por un lado, de la pobreza¹, en la provisión de un bien social como es la salud y por otro, de un tipo de dominación cuya naturalización afecta derechos inalienables de la ciudadanía.

En este sentido se planteó como objetivo general de este trabajo, analizar las políticas públicas desde la perspectiva de los burócratas del nivel de la calle o *Street Level Bureaucrats* (SLBs), cuya mirada puede informar sobre aquellos aspectos de la política que permanecen ocultos, a la vez proporcionar información respecto a cómo algunos aspectos individuales pueden modificar las decisiones cotidianas de estos actores e incidir en la política misma. En relación con lo anterior y como objetivos específicos, se propuso identificar la existencia de discrecionalidad decisoria en los SLBs, a través del análisis de algunas decisiones de los mismos. Un segundo objetivo, fue describir y analizar el ámbito administrativo-organizacional donde desempeñan sus actividades los profesionales públicos en contacto con la ciudadanía. El énfasis en las características de la organización importa especialmente en este caso de estudio, por las singularidades que asumen las estructuras y modalidades de gestión en los contextos latinoamericanos. Por último, se plantea cómo pueden influir las variables organizacionales en los comportamientos de los SLBs, los cuales han guiado el desarrollo de este trabajo.

¹ Refiere al concepto de Pobreza Multidimensional (IPM) que “identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida” (*Human Development Report, United Nations Development Programme*). <http://hdr.undp.org/en/node/2515>

La investigación se realiza en Argentina, donde las políticas sociales se encuentran descentralizadas hacia las provincias a partir de las reformas neoliberales del Estado realizadas en la década del '90. Más concretamente el *local* de investigación es la provincia de San Luis, y el estudio se focaliza en los profesionales médicos que se ubican en el sector de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS). De esta forma, se afronta el estudio de una Política Pública en concreto, la Política de Salud, a través de su análisis en un caso específico como es la Provincia de San Luis en Argentina.

¿Por qué esta provincia?

Las respuestas son variadas. Primero, porque es el lugar donde se vive y donde se quiere contribuir. Segundo, porque existen estudios anteriores que han sido pilares para este. Tercero, y fundamentalmente, porque constituye un caso particular de análisis, debido a las modalidades de ejercicio del poder político, que, si bien comparte las características generalizadas en América Latina, posee singularidades históricas y culturales que han posibilitado la construcción de un tipo de dominación neopatrimonialista, que combina el desarrollismo de Estado con extracción de excedentes (venalidad) -en el sentido planteado por Evans (1996)- que se diferencia de otros casos de provincias argentinas, donde predomina la apropiación de excedentes por encima de la distribución de bienes públicos, según la clasificación del mismo autor. Por ello, genera -de acuerdo con teorías que lo avalan- burocracias también particulares, que se analizan en este estudio.

En relación al punto anterior vale una aclaración respecto al énfasis colocado en el contexto político Latinoamericano en general, tal y como lo refleja la literatura especializada utilizada a lo largo de este estudio. De allí, estos Estados se caracterizan por la baja calidad de sus democracias, por su debilidad política para sobreponerse a los intereses particulares de las corporaciones, (sectores económicos, sindicatos, y otras agrupaciones) que han producido políticas públicas poco estables, en razón de los movimientos políticos pendulares o cíclicos, -que van desde la alta intervención hasta su ausentismo- que provocan los intereses de los que acceden al poder político.

En San Luis, específicamente, estas características se reproducen con ciertas

singularidades -aunque no es el único caso- que se observan en la existencia de la brecha en los modos de institucionalización, que se produce en los regímenes políticos democráticos, entre su dimensión de acceso al poder político (Instituciones Formales) y su dimensión de ejercicio (Instituciones Informales), tal y como lo plantea Mazzuca (2002). En este sentido, las cuestiones de burocratización se relacionan con las prácticas políticas de tipo clientelares, de patronazgo político, en general prácticas corruptas, que ponen de relieve la tensión entre Burocratización vs Patrimonialización, otorgando particularidades a estas burocracias que es necesario analizar dado que se producen con cierta regularidad en la región y que se observan en el caso analizado. Es así que se ha ido instalando una agenda pública en la provincia acorde a los intereses predominantes de la familia gobernante, en concordancia con un proceso de cambio socio-económico realizado en la jurisdicción, que fueron modificando las PPs en cada período -desde hace más de treinta años- y a su vez en la modalidad de gestión de las organizaciones públicas, produciendo al mismo tiempo cambios en las relaciones intraburocráticas, propias del estilo personalista de este tipo de dominación. Este aspecto produce la mayor diferencia con el contexto en que se originó el enfoque de la SLB lo que constituye el reto de este trabajo, como ya se expresó.

Estas argumentaciones llevaron a plantear varios interrogantes de investigación, como los siguientes: ¿Se darán los mismos comportamientos definidos por los autores, para este tipo de empleados o SLBs, en esta región con tan diferentes entornos socio-políticos, históricos y culturales como los que originaron este enfoque? ¿Cómo impactan estas organizaciones públicas diferentes en el quehacer cotidiano de los SLBs? Más concretamente, se plantearon dos preguntas de investigación, una referida a la existencia de discrecionalidad en el desempeño profesional de los médicos de APS de San Luis, en relación con los supuestos teóricos del enfoque y segundo, cómo afectan los factores organizaciones en el desarrollo de la discrecionalidad entre los burócratas a pie de calle.

¿Por qué esta política?

La aproximación al análisis de la política de salud como ‘caso’ de análisis de política pública “desde abajo” se debe a que al inicio de este trabajo se estaba reimplantando la Atención Primaria de la Salud por el gobierno de la provincia de San Luís, luego de sancionar una nueva Ley de Salud. Esta situación brindó la oportunidad de analizar una política pública priorizada por el Estado provincial, en un sector tan sensible como lo es la salud pública, -que afectó a los niveles inferiores de la burocracia- a la vez enmarcado en un sistema sanitario altamente complejo en el país, que incluye la coexistencia con dos subsectores como son el de Obras Sociales y el Privado.

Cabe destacar que esta investigación abarca un espacio temporal que va desde el año 2011 al 2015, que coincide con el único periodo en el que el ejecutivo no ha estado en manos de algún miembro de aquellos que patrimonializaron la provincia y que gobiernan la misma desde el restablecimiento de la democracia en 1983. Si bien, este gobernador provenía de aquellos cuadros técnicos, trató de diferenciarse de sus mentores en algunos aspectos, aunque mantuvo en su gestión los rasgos clientelares y otras características que se analizan en el texto. Es decir que, a nivel, contextual se observan aspectos de continuidad, pero también de innovación, sobre todo en la política objeto de este estudio: la Atención Primaria de la Salud, tal como se irá dando debida cuenta a lo largo del trabajo.

Responder a los objetivos de esta investigación llevó a retomar las principales discusiones presentes en los aportes de los estudios sobre las políticas públicas, la burocracia pública y la teoría de las organizaciones y elaborar una síntesis analítica que ha permitido situar el problema de estudio, comprenderlo, con apoyo en unas ‘gafas’ construidas con los aportes de distintas corrientes teóricas que nutren esta investigación.

Así pues, en primer lugar, se focaliza en el análisis de la relación organización-individuo, para ello se inició con los soportes teóricos que brindan, en principio, los desarrollos de la Teoría de la Administración Pública, desde una perspectiva general. Se realiza un recorrido por las distintas etapas históricas de su evolución -en base a la teoría norteamericana- con el objetivo de mostrar cómo los cambios en las situaciones

socio-económicas del contexto, fueron cambiando los roles del Estado, y modificando las funciones de la burocracia pública en la sociedad, con el sentido de evidenciar la vinculación entre contexto político y el desempeño de las organizaciones públicas en la sociedad. Este desarrollo dio pie para plantear las características particulares de las burocracias latinoamericanas, sin pretensiones de realizar una comparación sino para enfatizar en que dichas características producen burocracias diferentes en función de los contextos socio-políticos e históricos desarrollados en Latinoamérica en general.

De allí, que por algunas carencias de la teoría de la burocracia y por la influencia de los desarrollos de la teoría de las organizaciones privadas, que en su versión clásica se fundamenta en el enfoque de arriba hacia abajo -por cierto, criticado- pero sus avances permiten rescatar aquellos supuestos teóricos sobre las estructuras organizacionales. Este conjunto de conceptos, sobre los cuales se apoyan las burocracias públicas, en general, aportan al ordenamiento del trabajo humano, sobre todo en grandes organizaciones. Sin embargo, en su aplicación a las estructuras públicas han rigidizado y profundizado su carácter formal, en ciertos aspectos que se analizan -especialmente en la región- generando al mismo tiempo culturas burocráticas que atentan contra su capacidad de contribuir a la igualdad y equidad en la distribución de servicios públicos.

Todo ello lleva a plantear la necesidad de reformas y adecuaciones permanentes en las organizaciones públicas, tema este que en general parece que ha dejado de preocupar a los implementadores de políticas públicas, como así también a la clase política, en general. Asimismo, se retoman los desarrollos teóricos que abordan la influencia que dichas estructuras organizativas ejercen sobre los comportamientos de los individuos y que se sitúan como antecedentes del enfoque que se utilizó como herramienta básica en este estudio.

En segundo lugar -y siguiendo cierta línea temporal- se abordan los fundamentos de la teoría de las políticas públicas, su evolución, su ciclo, como modo de ubicar el foco clave de este estudio, que es la implementación de las mismas, y en relación a los postulados anteriores mostrar que el análisis de la ejecución debe incorporar -desde la perspectiva de este estudio- el análisis organizacional, dado que sin estas herramientas es difícil entender la influencia de las estructuras en los comportamientos de los miembros de las organizaciones públicas. Se consideró muy importante este inicio

dado que constituyó un puente para fundamentar y asimilar el análisis de la implementación al análisis organizacional, en el ciclo de las políticas públicas. En este sentido, la investigación puede considerarse también un aporte más al conocimiento del tema, debido a cierta vacancia en los estudios empíricos consultados.

Sin embargo, ello no significa en sí mismo, que deba reducirse la implementación a un mero problema técnico, sino que debe considerarse el fenómeno en toda su amplitud, tal como se ha tratado en la teoría de la implementación de políticas públicas. Refiere específicamente a la toma de decisiones o afirmación del *policymaker* en un proceso de alta complejidad, como implica el paso de los objetivos políticos a la acción concreta. No obstante, este aspecto no siempre es reconocido, sobre todo en los análisis politológicos y fundamentalmente en la praxis política, al mantenerse la visión dicotómica entre política y administración. En este sentido, se fundamenta que la misma no es desinteresada, pues posibilita deslindar responsabilidades políticas y mantener la creencia que los fracasos se deben solamente a una burocracia inherentemente ineficiente (Oszlak, 1980), aspecto muy visible e instalado, al menos en ciertas culturas político-administrativa latinoamericanas.

De esta manera, se avanza sobre la evolución de la teoría de la implementación y sus enfoques, lo cual permite aproximarse al principal soporte teórico de esta investigación: la perspectiva de análisis de “abajo hacia arriba” específicamente la denominada *Street Level Bureaucracy* por su autor, Lipsky, a quien se ha tomado como base de este estudio. Una vez situados en ella, se tratan las características que dicho autor desarrolla sobre los comportamientos de los integrantes del último nivel de la estructura organizativa, a quienes denomina *Street Level Bureaucrats*. Tal y como se expresara más arriba, el desafío mayor de este estudio es analizar los comportamientos de estos individuos, -el caso de los profesionales médicos de APS de la provincia de San Luis- específicamente los burócratas profesionales y sus características en relación a las burocracias que se generan como producto de los diferentes contextos socio-históricos y culturales, como son los regímenes políticos de tipo neopatrimonialista que se desarrollan en la Región Latinoamericana, en particular en la provincia de San Luis. Estos aspectos y sus características han sido ampliamente estudiados, de lo que se rescata el estilo de gestión que generan, al modificar las relaciones intraburocráticas lo cual amerita su análisis por su posible influencia en los

comportamientos de estos actores en relación a sus decisiones a la hora de ejecutar las políticas, es decir su discrecionalidad. De esta perspectiva surgieron otras variables y supuestos sobre cómo aquella podría variar en función de las particularidades de estas burocracias modificadas por dicho régimen. En este sentido el análisis de este caso particular podría contribuir a explicar, -agregando otros factores a los laberintos que constituyen la complejidad propia de las organizaciones públicas- y sumar algunas posibles razones que afectan a los SLBs en la implementación de PPs en este tipo de análisis. Dados los escasos estudios empíricos de aplicación de este enfoque en este lado del mundo como así también, del análisis de la conjunción de las dimensiones organización-individuo, -minoritarias, tal como se muestra en el estado actual de las investigaciones basadas en este enfoque- se puede considerar que aquí radica el mayor aporte de esta investigación.

En relación al diseño metodológico se elaboró un marco analítico donde se identifica como variable dependiente la discrecionalidad decisoria, y como independientes las variables organizacionales y las variables individuales. De allí se establecieron las variables explicativas y las hipótesis básicas que orientan el análisis. El tipo de colectivo a estudiar y los objetivos perseguidos orientaron la elección de la técnica cuantitativa, una encuesta que se aplicó a una muestra representativa de médicos de APS de toda la provincia, distribuidos en casi todas las Zonas Sanitarias definidas por el gobierno. Asimismo, se realizaron entrevistas a las coordinadoras del programa de APS de las dos ciudades más importantes y a la encargada de la Oficina de Medicina del Interior, del Ministerio de Salud, completando así casi todo el territorio provincial. El análisis se complementó con información secundaria referida a la modalidad de implementación, tal como la organización y distribución del servicio de salud, la asignación de recursos presupuestarios, como así también la conformación de la población, indicadores de salud relacionados con la APS, objetivos de la APS y Ley de Salud.

La exposición se realiza en cuatro capítulos cuya secuencialidad responde a un ordenamiento analítico deductivo, así, el Capítulo 1 desarrolla la primera dimensión de la díada organización-individuo que se analiza. Se parte de la teoría de la Administración Pública, como originaria de los estudios de implementación, incorpora los aportes de la teoría de las Organizaciones hasta llegar a los planteos de las políticas

públicas, específicamente el análisis de la implementación propiamente dicho, que delinean el marco conceptual del objeto de estudio. Así también plantea las características de los patrimonialismos como contexto específico del caso analizado, y de la conformación de la burocracia que constituye como efecto del mismo.

El Capítulo 2 aborda el caso de estudio como paso previo al análisis de la segunda de las dimensiones de este estudio, con el objeto de situar el contexto, describiendo los antecedentes históricos de la política social de salud en Argentina y el escenario en que se desenvuelve específicamente el sector salud en la provincia de San Luis, focalizando en la Atención Primaria objeto del análisis de implementación que se realiza, sujeto a un entorno socio-político particular que posibilita esbozar los supuestos bajo los cuales se analizarán los posibles comportamientos de los médicos de APS que aportarán variables explicativas adicionales al análisis de los procesos decisorios de los mismos.

El Capítulo 3 aborda la segunda dimensión de la díada, el individuo, posicionado en el último nivel organizativo, foco específico de esta investigación, a través de los lineamientos teóricos que definen la *Street Level Bureaucracy* y las características de los comportamientos de sus miembros -en relación a la toma de decisiones, enfrentados a la organización y a las demandas de la ciudadanía- en particular burocracias profesionales, que aportan al conocimiento del objeto de análisis. Un recorrido sobre los estudios empíricos más relevantes muestra el estado actual de las discusiones que se generan alrededor de la discrecionalidad y autonomía de los profesionales, pero se enfatiza mucho menos en los efectos de las organizaciones sobre ellos.

Se especifica en detalle la metodología, el esquema analítico, la definición operativa de las variables, las que contribuyen a explicar los comportamientos analizados y las hipótesis que guían la investigación.

El Capítulo 4 presenta los análisis y resultados del estudio realizado a los SLBs. donde se recuperan las dos grandes interrogantes o hipótesis que guían este trabajo. En primer lugar, se describe la metodología, específicamente una encuesta aplicada a una muestra aleatoria representativa de médicos de APS de la provincia de San Luis. Luego se comienza con la presentación de los resultados, donde se identifican a partir de análisis factorial, tres variables de discrecionalidad o tipos de actuaciones de los

profesionales: atención general, internamiento y atención especializada. Se presentan los resultados en dos grandes aspectos, generales y más específicos, donde a partir de la incorporación paulatina de variables se va mostrando la incidencia de cada una en la discrecionalidad decisoria de los SLBs, a partir de la elaboración de cuatro modelos de análisis (modelos de regresión lineal).

Se constata la importancia explicativa de las variables clásicas utilizadas para el análisis de la *Street Level Bureaucracy* y de otras más novedosas en este tipo de estudios. De esta forma, los resultados permiten mostrar que son las variables organizacionales las que más influyen en la discrecionalidad decisoria de los SLBs, al menos en este caso.

Finalmente, se presentan las conclusiones donde se rescatan los aportes teóricos que dieron fundamento a este trabajo y su análisis proporcionó las herramientas que marcaron el rumbo del mismo, a través del concepto de discrecionalidad y su relación con las acciones de la organización. Asimismo, se enfatizó a lo largo del trabajo en la influencia de los factores administrativo-organizacional, a los efectos de mostrar su incidencia en el comportamiento de los SLBs, aspectos que se corroboran en los resultados, considerándose un aporte de esta indagación empírica. Si bien quedan planteados varios interrogantes que posibilitarán la continuidad de esta línea de investigación, una cuestión que supera ampliamente las posibilidades de este trabajo, es cómo lograr cambios culturales en estas sociedades donde se han naturalizado prácticas estatales como patronazgo y clientelismo político, que influyen en las capacidades de las burocracias y en la distribución de servicios, a la vez que han ido erosionando la percepción de derechos de los ciudadanos. En este contexto se considera difícil lograr cambios en las organizaciones públicas sin mediar cambios culturales y de prácticas políticas. Si bien es esta una cuestión mayor, pero ha sido, sin duda, la motivación fundamental de la investigadora para emprender este recorrido.

CAPÍTULO 1

BUROCRACIA PÚBLICA, TEORÍA DE LAS ORGANIZACIONES, IMPLEMENTACIÓN Y CONTEXTO.

“El modo como se relacionan o han de relacionarse las consideraciones técnicas y las consideraciones políticas...(…) ha sido uno de los problemas teóricos más desafiantes de la PP y una de las tensiones desgastantes que los decisores de las políticas habitualmente experimentan”

Aguilar Villanueva, L. (2015)

Como ya se ha indicado, la preocupación analítica de este trabajo es la *burocracia a nivel de calle*, es decir el último eslabón de la implementación de las decisiones políticas. Para desentrañar los aspectos relevantes de nuestra unidad de análisis es necesario situarla en el contexto de la política pública y de las organizaciones destinadas a su ejecución. Así pues, dado que este trabajo se enfoca principalmente en la relación organización-individuo, se abordan, en primer lugar, las teorías de las organizaciones, fundamentalmente sus aportes a la teoría de la Administración Pública, y más concretamente centrando el interés en la

implementación, aspecto que tardíamente es atendido por la literatura especializada y en el que se sitúa, analíticamente, el objeto de estudio de esta investigación.

Así, en la primera parte se presenta un recorrido teórico por las teorías de las Ciencias Políticas y Administración Pública, surgidas a fines del siglo XIX, cuya preocupación ya era la problemática de la ejecución de políticas a través de las organizaciones públicas y contribuyeron a un mayor conocimiento de las problemáticas gubernamentales para ejecutar políticas

Ahora bien, dado que para estudiar la implementación de las decisiones públicas es preciso desentrañar las características de la burocracia, es decir del conjunto de organizaciones públicas que ejecutan las decisiones políticas, en la parte final del capítulo, se abordan las características del régimen político -generalizado en América Latina- que modifica las interrelaciones intraburocráticas y dan su contexto a la implementación de las políticas públicas. En este punto se introducen las características de las Administraciones Públicas Latinoamericanas, debido a sus diferencias con las burocracias surgidas en países europeos o las norteamericanas, en razón de los diferentes contextos socio-históricos en que se desarrollaron. que pueden coadyuvar en la explicación del fenómeno que se investiga, la *Street Level Bureaucracy* o burocracia del nivel de la calle.

1.1.1. La Teoría de la Administración Pública

La Administración Pública, Burocracia Estatal, Organizaciones Públicas, Aparato estatal, entre otras formas de denominación, son el conjunto de organizaciones públicas con que cuenta el Estado para llevar adelante las políticas públicas, también llamadas burocracias públicas. Este término se origina en el siglo XVIII tardío en Francia (Hill y Hupe 2015), época del absolutismo monárquico y se refería al “surgimiento de un nuevo grupo de funcionarios para los cuales la tarea de gobernar se había convertido en un fin en sí mismo” (Oszlak, 1984:254) con lo cual el denominado “interés público” se convertía en una forma de legitimar la existencia de oficinas, empleados, secretarios, indicando así un rasgo de la burocracia: su capacidad de desarrollar intereses propios, (Oszlak, 1984), que le valió su significado peyorativo.

Desde aquella época surgió la pregunta ¿“quién entonces representa el interés público?” (Hill y Hupe, 2015:4), su respuesta ha sido buscada a lo largo de la historia y desde las distintas vertientes teóricas.

Según Oszlak (1984) la burocracia fue estudiada desde dos grandes perspectivas teóricas: el enfoque Histórico-Estructural y las corrientes Administrativo-Organizacionales, que se desarrolla más adelante. El primero hace referencia a los planteos de Marx, donde la burocracia “responde a intereses particulares de la sociedad civil” y que en ese proceso desarrolla los suyos propios. Más adelante, Marx al analizar el recorrido histórico de la burocracia, replantea esta visión a partir de esa verificación histórica que permitió a la burocracia desarrollarse hasta convertirse “en una máquina consolidada y autónoma frente a la sociedad burguesa” (Oszlak, 1984:256). Estas concepciones, en sus distintas versiones tienen en común que colocan a la burocracia dentro de un contexto histórico-estructural que posibilita comprender las mutuas determinaciones entre estado, sociedad y burocracia, en tanto los demás desarrollos teóricos tendieron a minimizar las variables contextuales de la misma.

Es indudable que la mayor contribución al estudio de la burocracia la realiza Weber, para quien la burocracia constituye el aparato administrativo de máxima afinidad con el tipo legal-racional de dominación. El llamado “modelo weberiano” se difundió rápidamente, aplicándose a casi todo tipo de grandes organizaciones. Weber (1974) construye un “tipo ideal” de organización racional que posibilitaría maximizar la productividad del trabajo organizado. Para ello le otorga atributos especialmente formales, lo que generó, siguiendo a Oszlak (1984), la crítica en dos aspectos, el primero es que el modelo está centrado en su sesgo formalista. En este sentido, el autor sostiene que Weber no intentó dar contenido sustantivo a la burocracia y que se limitó a ciertas características generales de su organización, diferenciándola justamente por su carácter formal. La otra crítica refiere a la “mecánica utilización del modelo como herramienta analítica” es decir su utilización como estándar de comparación para el análisis de casos empíricos, lo que fue un obstáculo para el conocimiento de las organizaciones formales, al confundir el modelo analítico con un decálogo normativo. Esta lectura también implica recordar a los analistas que la aplicación del modelo requiere de una contextualización “sustantiva e histórica” que

posibilite visibilizar que los supuestos analíticos del mismo son “pertinentes” o resultan “inadecuados para entender realidades sociales diferentes a las que inspiraron el “modelo burocrático” (Oszlak, 1984:259-260), específicamente el llamado “modelo germano de administración eficiente” (Hill y Hupe, 2015:5). Si bien en los organismos públicos se ejecutan la mayoría de las políticas públicas que los gobiernos elegidos democráticamente desean implementar, es en este punto donde aparecen los dilemas de la política en cuanto a cómo llevar a cabo proyectos a través de organismos administrativos pre-existentes, lo cual presenta el viejo problema de la relación entre administración y política, específicamente entre políticos y administradores que ha sido analizada tanto desde la Ciencia Política como desde la Ciencia de la Administración

Un breve recorrido histórico a través de las teorías más representativas de la corriente estadounidense, que aportan al campo de la Administración Pública, muestran que en los orígenes surgió la denominada “era ortodoxa” de la administración, siguiendo a Shafritz y Hyde (1999), en ella ubican los precursores de los estudios, autores como Woodrow Wilson¹ (1887), con el planteo de la dicotomía política-administración, Frank Goodnow (1900), en el mismo sentido dio mayores fundamentos a estos argumentos y Weber desde principios del siglo XX², con el llamado modelo burocrático. En ese mismo contexto emergía la denominada “Administración Científica” (Taylor, 1911), desde la perspectiva de la Administración de Organizaciones con fines de lucro. En conjunto planteaban la relación entre política y administración como necesariamente dicotómica, pues ello garantizaría que la política velara por el interés común y la administración fuera el instrumental que posibilitaría la implementación de las políticas formuladas, limitando las conductas particularistas de los funcionarios políticos. La administración actuaría ajustada a una racionalidad instrumental mientras que la política lo haría a una racionalidad ajustada a valores.

¹ Considerado el “padre” de la Administración Pública norteamericana, por ser el primero en publicar un artículo denominado “el Estudio de la Administración” en un contexto político-administrativo de alto clientelismo político (uso partidista de cargos públicos) y corrupción, propone para superar esto separar la administración pública de la política, donde la primera debía ser profesionalizada y la segunda expresar la voluntad de quienes representan el poder público, dando origen a lo que se denominó la dicotomía política-administración, que guió los estudios posteriores.

² Si bien la Obra de Weber se publicó 1922 en Alemania, se conoció en EEUU en los años treinta y fue traducida al idioma inglés recién en 1946. (Shafritz y Hyde, 1999).

Ya a partir de los años cuarenta la realidad muestra otra cara que modifica aquellas visiones separatistas. La crisis económica del treinta sumado a la posguerra de los cuarenta, producen una nueva visión, que conduce necesariamente a cambios en las políticas de los Estados, debido a las necesidades de reconstrucción económica y del tejido social. En esta etapa los desarrollos teóricos se conocen como “era heterodoxa”, donde se diversifican las funciones del Estado y la Administración Pública, dando lugar a nuevas estrategias intervencionistas, que generaron una expansión del aparato burocrático y relaciones cada vez más complejas entre sector privado y sector público que contribuyó al descreimiento de aquella visión dicotómica (Oszlak, 1980).

Se encuentran en esta era los desarrollos de Herbert Simon (1947) que analiza las decisiones administrativas y sus limitaciones, aportando un nuevo concepto, el de la “racionalidad limitada”. Otros aportes lo realizan Maslow (1954) con su teoría de las necesidades humanas. Waldo (1948), que intenta definir los problemas con que se encuentra la teoría de la Administración Pública, o Mayo (1924-1927) quien realiza estudios sobre las condiciones laborales y la motivación³. Zelznick (1949), analizará los mecanismos cooptativos de las organizaciones burocráticas y Dahl (1947) plantea cómo hacer para que la Administración Pública se desarrolle como ciencia (Shafritz y Hyde, 1999).

Vale recordar que en esta era se produce el desarrollo y expansión de los Estados de Bienestar, que contribuyeron hasta los setenta a la mejor convivencia entre capitalismo y bienestar humano, hasta su crisis ocasionada –entre otras causas- por la excesiva competencia de los grupos sociales por los recursos, provocando una mayor desigualdad en la apropiación de los beneficios (Isuani, 1991)

Hacia mediados de los años setenta las dificultades fiscales, la inflación y otros desequilibrios económicos, producen crisis de legitimidad de los Estados de Bienestar, pues comienza a reducirse el apoyo de la ciudadanía al continuado crecimiento de los aparatos burocráticos, dando lugar a un nuevo ambiente político-económico y al surgimiento de una nueva agenda política, detentada por el conservadurismo de Reagan (EEUU) que trazó un nuevo camino en el gobierno federal promoviendo menos

³ Con estos estudios se inaugura la teoría de las Relaciones Humanas, desvelando que las personas no sólo trabajan por el dinero, sino para cubrir sus necesidades psicológicas y sociales.

gobierno y regulación, nuevo federalismo, la economía del lado de la oferta y realineación del papel del sector público y privado (Shafritz y Hyde, 1999), que se conociera como el advenimiento del neoliberalismo en el mundo. Tuvo lugar así lo que se llamó “la política de recortes” o “achicamiento” de los Estados mediante privatizaciones, descentralización, desregulación, siendo ahora el mercado el que regularía la oferta y demanda de servicios públicos.

En esa época la impronta era la búsqueda de una nueva Administración Pública que exigía un administrador activo, con deseos de equidad social que reemplazara al tradicional burócrata impersonal.

Los noventa se caracterizaron por la aceleración del desarrollo científico-tecnológico que impuso la globalización de la economía, la revolución de las comunicaciones y el cambio constante en las organizaciones y funciones sociales propiciadas por las reformas del Estado pro-mercado. Se inaugura una nueva etapa de reformas para la Administración, siendo el eje la lucha por disminuir el déficit presupuestario. Se acuñó el término “reinención del gobierno” propuesto por Osborne y Gaebler (1992), iniciando así la “era del gerencialismo” para la administración del Estado y decretando la “bancarrota” de la burocracia y su reemplazo por el “espíritu empresarial” en el sector público. Esta propuesta, conocida como Nueva Gestión Pública, a diferencia del pensamiento progresista de las primeras décadas del siglo XX, que abogaba por una separación tajante entre política y administración, tiene otros basamentos teóricos: la economía y la gestión privada (Hughes, 1996). En concordancia con el advenimiento del neoliberalismo a la esfera de la política, se producen cambios en los supuestos de la acción colectiva, toma relevancia la Teoría de la elección pública (*Public Choice*), donde la racionalidad individual permite entender que los individuos prefieren algunas cosas más que otras. Desde esta perspectiva se sentaron las bases para producir los cambios burocráticos y “prestaron su metodología para el diseño de políticas basadas en el mercado” (Hughes, 1996:120) Es así que emergen conceptos provenientes de la teoría y la práctica de la gestión privada, como son los resultados, la eficiencia, la evaluación, que mostraron su fortaleza frente a las teorías más generales de la administración pública burocrática.

En este marco se redefine la relación entre políticos y administradores, a partir

de que los líderes políticos seleccionan a responsables ejecutivos que estén en sintonía con su proyecto político, con la finalidad de romper con las inflexibles estructuras burocráticas.

Esta suerte de politización de la gestión que en países desarrollados pudo quizás contribuir a la flexibilización de las burocracias públicas, (dadas la separación existente entre las esferas pública y privada), en países de América Latina ha sido y es moneda corriente en las prácticas políticas, lo que en muchos casos es lisa y llanamente clientelismo político, que nada tiene que ver con las intenciones de mejorar la *performance* de las organizaciones públicas y menos con el servicio a la ciudadanía, sin desmerecer algunos esfuerzos de mejora que existieron tanto en Argentina como en otros países de la Región.

1.1.2. De la Administración Pública a los estudios de Implementación de Políticas Públicas

Tal como se expresó en el apartado anterior, como consecuencia de la visión dicotómica, la teoría de la Administración Pública evolucionó en la búsqueda de resolver los problemas de administrar de los gobiernos. Por otra parte, la Ciencia Política de esa época se interesaba por cuestiones como: legitimidad política del gobierno, específicamente del régimen político, del sistema electoral, atribuciones de los poderes públicos, la relación entre niveles de gobierno y entre el gobierno y sus ciudadanos. Sin embargo, siguiendo a Aguilar Villanueva (2015), ninguna de las dos ciencias se ocupaba de cómo se toman las decisiones de gobierno. En esa brecha y para dar respuesta a esta inquietud académica surge la disciplina de las Políticas Públicas (en adelante PPs) en EEUU en los años cincuenta, desde una perspectiva multi e interdisciplinaria. Este nuevo enfoque se propone como objetivos conocer “cuáles son los supuestos, consideraciones, y procedimientos” (Aguilar Villanueva, 2015:178) para tomar una decisión de gobierno; cómo se relacionan los actores políticos y sociales y, además, saber si las decisiones se basan en datos, análisis y cálculos racionales para favorecer la eficacia de la decisión o si se sustentan en otros criterios que podrían afectar su eficacia o su carácter público. De esta manera, su interés se

colocó en cómo aumentar la racionalidad de la política. La cuestión era resolver los defectos y errores informativos y de análisis de las decisiones de los gobiernos, que tornaban ineficaces el alcance de los objetivos propuestos. En este contexto no se problematizaba el aspecto institucional (régimen político) ni la idoneidad de la burocracia, por lo que la implementación estaba asegurada. Por lo tanto, el interés de la disciplina era “el desempeño y rendimiento social” o sea “producir resultados de valor para los ciudadanos” (Aguilar Villanueva, 2015:180). Esta perspectiva fue novedosa en un contexto donde se consideraba el régimen democrático como “equivalente a eficacia directiva y administrativa” (Aguilar Villanueva, 2015:181). En definitiva, la disciplina pretendió dar respuestas a la necesidad de “productividad y eficacia social de la democracia” (Aguilar Villanueva, 2015:182)⁴.

La naciente disciplina en su desarrollo, se diferenció de la Administración Pública, dado que su objetivo era analizar la decisión del gobierno, en tanto la Administración Pública era considerada (y en muchos casos, aún lo es) una disciplina más operativa, de menor complejidad, sólo determinada por el proceso administrativo. De acuerdo con el autor, esta superioridad en la que se ubicó sería perjudicial para lograr la eficacia de las políticas. A su vez, también se diferenció de las Ciencias Políticas, dado que ésta estudia la “estructura, la legitimidad y los modos de ejercicio del poder público” (Aguilar Villanueva, 2015:182). Asimismo, se diferenció de la política (*politics*), dado que está vinculada con el poder, sus formas de obtenerlo, conservarlo o ampliarlo, en razón que no constituye una razón de eficacia social.

El desarrollo posterior de la disciplina de PPs estuvo hegemonizado por la Ciencia Económica (por la necesidad de dotación de recursos escasos), perdiendo su carácter multidisciplinario, de tal manera que se denominó “Análisis de Políticas”, el cual fue beneficiado por la crisis fiscal de los años setenta y ochenta, que favoreció las políticas de ajuste. Esta visión penetró a la Teoría de la Administración Pública por medio del “neoinstitucionalismo económico” (o tesis de “agente-principal”) (Aguilar Villanueva, 2015:184). En contraposición a este predominio la Ciencia Política y la Sociología exigieron analizar el modo de interrelación entre los actores políticos y sociales en todo el proceso de elaboración de la política siendo sus investigaciones las que

⁴ En esa época fue la manera de enfrentar el régimen comunista-socialista de posguerra que mostraba grandes avances en el desarrollo social de los países bajo ese régimen y para demostrar la superioridad de la democracia y la libertad de los individuos (Aguilar Villanueva, 2015)

mostraron que estas relaciones podían condicionar las decisiones de política, -tanto o más que la asignación racional de recursos- y también los factores políticos, como: acuerdo entre grupos, partidos y gobierno, etc. A ello había que sumar los factores administrativos, como capacidad “organizativa, gerencial y operativa de las organizaciones y el personal que lleva a cabo la política” (Aguilar Villanueva, 2015:185).

Actualmente, la disciplina estaría conformada por dos esferas: una “unidisciplinaria” donde predomina el análisis económico y subordina a los demás enfoques y otra “multi e interdisciplinar”, integrada por el análisis jurídico, politológico y administrativo (además del económico), que se combinan en el análisis y diseño de las PPs. Estas esferas pueden ser “distantes o antagónicas, fronterizas o complementarias” (Aguilar Villanueva, 2015:186).

Desde esta última perspectiva puede pensarse que se inició un proceso integrado de análisis de PPs, compuesto por varias fases que varían de acuerdo a los distintos autores, que podemos sintetizar en Formulación, Implementación y Evaluación de Políticas Públicas, como se verá más adelante. En este punto interesa focalizar en el momento de ejecutar o implementar una política, la cual es crucial porque aparecen las “realidades políticas y administrativas” que no se consideraron en los procesos anteriores. Importa remarcar que en esta fase el análisis de PPs, se convierte en “análisis organizacional, gerencial y operativo de la Administración Pública” (Aguilar Villanueva, 2015:218), que consiste en estudiar: la estructura administrativa de la o las organizaciones involucradas en la política, la división del trabajo, la existencia de equipo adecuado, personal idóneo como así también analizar si el proceso de operaciones es idóneo, si existen estándares de desempeño, producto y resultado (Aguilar Villanueva, 2015). De esta forma la disciplina de PPs se colocaría en la frontera con la Ciencia Política, tendiendo a superar la vieja dicotomía. En esa línea se ubica principalmente Dror (1999), como también Lidblom (1999), Simon (1947), entre otros.

De acuerdo a este planteo en los siguientes apartados se profundizará en la perspectiva organizacional, tomando los aportes de la Teoría de las Organizaciones, para luego entrar de lleno en el análisis de la implementación de PPs.

1.1.3. La perspectiva organizacional

Desde los inicios del siglo XX comenzaron a desarrollarse las organizaciones tanto públicas como privadas de manera exponencial, y esto llevó al desarrollo de estudios sobre este fenómeno, aunque se reconoce que los avances teóricos se han obtenido en análisis de ámbitos no públicos y que tanto han aportado al conocimiento de las burocracias (Oszlak, 1977). De tal forma que en tiempos más actuales se denominó aquella etapa como “sociedad organizacional”, dado que la mayor parte de la vida de las personas se desenvuelve en relación con otras personas y con organizaciones, así existen organizaciones de todo tipo: industriales, económicas, comerciales, religiosas, militares, educativas, sociales, sanitarias, políticas, entre muchas otras. La idea de sociedad de organizaciones llevó a Perrow (1992) a afirmar, refiriéndose a EEUU, que las organizaciones reemplazaron o “absorbieron a la sociedad”, incluyendo al Estado, a tal punto que “la estructura de clase fue rehecha por las organizaciones y la estratificación dentro y entre las organizaciones es el determinante central de nuestro sistema de clases” (Perrow:1992: 20 -21).⁵ Así, es posible afirmar que las organizaciones influyen en la sociedad y en los individuos en particular y viceversa, aunque en menor medida. (Hall, 1996; Chiavenato, 2007).

La razón más importante de la extensión de las organizaciones según Chiavenato (2007), se debe a que los seres humanos están obligados a asociarse para alcanzar finalidades comunes, que individualmente no podría alcanzar. En este sentido, se entiende por organización a un conjunto de personas⁶ que se interrelacionan entre sí, aplicando recursos (materiales, conocimiento, comunicación, tecnología, etc.) para alcanzar objetivos comunes, en un ambiente determinado. (Chiavenato, 2007; Stoner *et al* 1996; Hall, 1996; Barnard, 1938, entre muchos otros).

Si bien la complejidad es una de las características principales de las organizaciones, éstas se diferencian de los grupos y de las sociedades específicamente

⁵ Considerando que esta es una postura extrema, originada en la omisión que las organizaciones productivas son mero efecto de las acciones del Estado capitalista para reproducirlas, y desde esa perspectiva quizá responde a la realidad de ese país, está lejos de parecerse a la realidad latinoamericana en general, donde si bien existen las grandes organizaciones, (como así también las pequeñas y medianas) en los Estados capitalistas tardíos (Cavarozzi, 1996), con grandes problemas de reproducción, coexisten otras formas de organización generadas por la falta de trabajo y necesidad de subsistencia (ej. autoempleo, empleo informal, etc.), lo que ha llevado al desarrollo de otros tipos de organizaciones sociales, debido a los distintos procesos históricos, económicos y políticos de la Región.

⁶ Bajo el supuesto que las personas intervienen “voluntariamente” en la sociedad organizacional.

por su complejidad estructural⁷, la cual se debe básicamente a dos grandes dimensiones: los niveles horizontales y los verticales. Los primeros se originan por la aplicación de la división del trabajo y los segundos por la creación de niveles jerárquicos para asegurar un mejor control y regulación, para cumplir sus objetivos con eficacia y eficiencia (Chiavenato, 2007).

En consecuencia, la vida social y laboral de los individuos se encuentra ligada en su mayor parte a las organizaciones. Se han desarrollado muchos estudios que analizan cómo las personas reaccionan de diferentes formas como empleados de las mismas (Hall, 1996), es así que estas diversas formas son producto de sus propias expectativas y las características de la organización que lo emplea. En este sentido, puede afirmarse junto a Hall (1996:7) que “las organizaciones son el contexto en el que trabaja la gente” y que el “desempeño de los individuos se ve configurado por ese contexto”. Es importante considerar esta afirmación a la hora de analizar los comportamientos de los burócratas del nivel de la calle, habida cuenta de sus características particulares, como se verá más adelante.

Las consideraciones anteriores abarcan tanto las organizaciones públicas como privadas, las que adoptaron la forma típica del modelo burocrático de Weber desde principios del Siglo XX, durante el cual tuvo su auge y también mostró limitaciones. Si bien, a inicios de un siglo después continua vigente, aunque desde hace 20 años se esté tratando de cambiar o modificar a partir de los llamados modelos posburocráticos, lo cierto es que los principios de división del trabajo y especialización siguen estructurando las organizaciones, aunque con aditamentos más actuales. Esto ha llevado a profundizar los estudios sobre coordinación, pues las organizaciones como entidades finalistas deben orientar las conductas de sus integrantes hacia las políticas y objetivos propuestos, en este caso de las organizaciones públicas. La vieja pregunta de los teóricos y prácticos de las organizaciones fue ¿cómo hacer para lograr esto? Fue el modelo burocrático weberiano el que mejor respuesta dio a ello, desde una perspectiva impersonal, pues reglamentó casi todo el accionar de los empleados en una estructura jerárquica, limitando al máximo su capacidad de toma de decisiones.

En relación con su funcionamiento, las organizaciones al ser construcciones

⁷ Chiavenato (2007) menciona otras cinco características que son: anonimato, rutinas estandarizadas, estructuras personalizadas no oficiales, tendencia a la especialización, diversificación de funciones y tamaño.

sociales con una finalidad determinada, requieren, para alcanzar sus objetivos, ser administradas, esto es, planificadas, dirigidas y controladas, (es el meollo de la perspectiva de arriba hacia abajo como se verá más adelante), lo que se denomina proceso administrativo.

Los responsables de administrar son los integrantes de los más altos niveles organizativos: gerentes, directores, funcionarios o los propios dueños que son los que diseñan las organizaciones para alcanzar los objetivos propuestos. El diseño de una organización se concreta en un “patrón específico de relaciones” que se denomina estructura organizacional (Stoner, Freeman, y Gilbert, 1996). Para ello es necesario seguir una serie de pasos como se verá más adelante. Este proceso da lugar a lo que se llama la *estructura formal* de la organización y se refiere a las relaciones planeadas a partir de una finalidad. Las formas de representar esta estructura formal se denomina comúnmente *organigrama*.

Desde otra perspectiva, Hall (1996) coloca el énfasis en la importancia de las interacciones humanas, ya que las estructuras configuran las prácticas de los integrantes y a su vez estas prácticas constituyen y reproducen la estructura. Esto implica según el autor, que las “estructuras se constituyen y son constituyentes”, por lo tanto, no son estáticas sino dinámicas, pero a su vez al reproducirse a sí mismas son esencialmente conservadoras.

A su vez, el autor afirma que las estructuras sirven a tres funciones: a) elaborar productos organizacionales y alcanzar objetivos organizacionales; b) se diseñan para minimizar o regular la influencia de las variaciones individuales sobre la organización, es decir, para asegurarse que los individuos se ajustan a los requisitos de las organizaciones y no viceversa; c) son el ambiente donde se ejercita el poder (de acuerdo a los puestos), donde se toman decisiones y donde se desarrollan las actividades organizacionales.

Por otra parte, las estructuras no son homogéneas, existen diferencias estructurales entre las unidades de trabajo, departamentos y divisiones, como así también de acuerdo al nivel en la jerarquía organizacional (Hall, 1996).

En lo que sigue se desarrollará más profundamente el proceso organizativo abarcando los conceptos técnicos que se aplican y los efectos que pueden producir en las distintas organizaciones y los individuos.

Como se ha dicho anteriormente, el proceso de construcción de una organización requiere de cuatro pasos técnicos. La división del trabajo se necesita a medida que va creciendo la organización ya que no existen personas que tengan la capacidad física o psicológica para realizar las tareas complejas, por lo tanto, estas se deben subdividir lo que da lugar a la creación de los puestos de trabajo, fomentando así la especialización dado que cada persona se convierte en experta en cierto trabajo (Weber, 1974; Stoner, *et al* 1996; Hall, 1996), lo que tiene por objetivo lograr la mayor productividad. De tal manera la creación de puestos implica la selección o asignación de personas de acuerdo a ciertas capacidades y habilidades necesarias para el desempeño del mismo. La especialización puede presentar desventajas y es cuando las tareas se dividen en pequeños pasos discretos y cada trabajador debe desempeñar uno de ellos, que al ser repetitivos lleva al aburrimiento y “enajenación⁸” de la persona y “puede traer efectos contraproducentes como el ausentismo, entre otros” (Stoner, *et al* 1996:347).

Como producto de la división del trabajo, se agrupan los puestos similares, dando lugar a la ‘departamentalización’. Para lograr ciertos equilibrios en la distribución del personal se utilizan algunos criterios que provienen de los autores clásicos de las organizaciones mencionados anteriormente y que se aplican para manejar con eficacia las personas y lograr los objetivos organizacionales. Todo ello da como resultado un “patrón de diversos estratos” que se denomina jerarquía, dando lugar así a una estructura de desigualdades que son intrínsecas a las organizaciones.

Una vez diseñada la organización, el problema más importante de su “puesta en marcha” es lograr un grado de coordinación entre los miembros, que posibilite el alcance de los objetivos.

Desde una perspectiva sistémica Lawrence y Lorsch (1967) incluyeron atributos conductuales de los miembros de la organización, representando un corte en las definiciones clásicas de división del trabajo. En este sentido acuñaron los conceptos de *diferenciación* e *integración*, entendiendo por el primero que además de la “segmentación del sistema organizacional en subsistemas”, esto influye en las percepciones que tienen los empleados de la organización en relación a su ambiente externo. El segundo, refiere al proceso de lograr unidad de esfuerzos entre varios

⁸ “En el sentido marxista de la palabra” (Stoner, *et al* 1996:347)

subsistemas para alcanzar las tareas de la organización. Esta influencia puede complicar las tareas de coordinación. Así, los autores identificaron cuatro tipos de diferenciación: 1) grado de formalidad de la estructura, referida a aspectos de la conducta de las organizaciones que pueden estar pre-establecidas o controles, los cuales pueden variar de un departamento a otro dependiendo de las características de cada uno; 2) los estilos interpersonales en las relaciones, los cuales están vinculados con las orientaciones cognitivas y afectivas de los objetos de trabajo, esto es, que los miembros de los subsistemas estarán preocupados ya sea con el logro de la tarea o con las relaciones sociales en función del ambiente de certidumbre (más orientados a la relación interpersonal social) o incertidumbre (más orientados a la relación interpersonal de las tareas) en el subsistema; 3) la orientación o percepción del tiempo de los miembros de un subsistema, esto está muy relacionado con las certezas del ambiente del subsistema del tipo anterior. Por ejemplo, no es lo mismo para un médico estar en el sector de urgencias de un hospital que atender en un consultorio a los pacientes; 4) la orientación hacia los objetivos de los miembros, los cuales se desarrollarán de acuerdo a su subambiente o subsistema particular. Todos estos aspectos producirán diferencias entre los miembros de la organización que pueden producir conflictos entre las personas y entre las unidades organizativas (Lawrence y Lorsch, 1967; Stoner, *et al*, 1996).

Por todo lo anterior podría ser la coordinación uno de los aspectos más difíciles de alcanzar en una organización. En términos de Stoner *et al* (1996), cuanto más requiere una organización tener una coordinación eficiente, tanto más difícil resulta conseguirla.

Entre los esfuerzos por superar esta problemática se destaca Minzberg (1984) que especifica cinco mecanismos⁹ para lograr la coordinación, estos tipos se ordenan desde organizaciones simples hasta las más complejas, de las cuales enfocamos en la última de ellas, la “normalización de las habilidades del trabajador” que surge cuando no se puede normalizar el trabajo ni sus resultados y se requiere algún tipo de coordinación. Consiste en dejar especificado el tipo de preparación requerida a los miembros para la realización del trabajo, como por ejemplo los hospitales contratan

⁹ Ellos son: 1) Adaptación mutua, 2) Supervisión directa, 3) Normalización de los procesos de trabajo, 4) Normalización de los resultados del trabajo (Minzberg 1984).

médicos. Al ingreso se les informa sobre los programas de trabajo y al desarrollar sus funciones estos parecen trabajar de modo independiente. Este tipo es el más utilizado en los hospitales o centros de salud ya que la preparación de los médicos (y personal técnico en general) la realizan organizaciones especializadas como son las Universidades o Facultades de Medicina, en este caso se modifica el principio de especialización weberiano pues la preparación del agente se realiza fuera de la organización.

En las organizaciones suele predominar un tipo de coordinación dando lugar a lo que el autor denomina “configuraciones estructurales”, a su vez distingue cinco tipos de los cuales interesa destacar la llamada “Burocracia Profesional”¹⁰ la que utiliza una forma específica de descentralización, designando para este tipo la descentralización vertical y horizontal y quienes desarrollan sus tareas son los que están en el último nivel de la organización, denominado núcleo de operaciones, más adelante se volverá sobre este tema.

Otro concepto al que contribuyeron los teóricos de las organizaciones (aquí también se sigue a Minzberg 1984, quien desarrolla el tema en profundidad) fue el referido a la centralización o descentralización de las estructuras organizativas, cuyas bases se centran en el tema de división del trabajo *versus* coordinación

En relación a la centralización Minzberg afirma que es “el medio más preciso para coordinar la toma de decisiones de una organización” (Minzberg, 1984:219), ya que la toma de decisiones queda a cargo de una sola persona a quienes controla mediante la supervisión directa. Otra razón para centralizar es la acumulación de poder, sin embargo, para el autor la mayoría se debe a la necesidad de coordinar.

Respecto a la descentralización el autor se pregunta ¿por qué se descentralizan las organizaciones? Una primera respuesta es porque no todas las decisiones pueden ser tomadas por un único cerebro, debido a que no toda la información puede llegar a esa persona, hay límites en la capacidad cognoscitiva, sobre todo en las grandes organizaciones, por lo cual es necesario delegar poder de decisión en otras personas. Otra razón es que la descentralización posibilita una reacción más rápida a los problemas locales (Minzberg, 1984). En general, la centralización como la

¹⁰ Las otras cuatro las denomina: Estructura Simple, Burocracia Maquinal, Forma Divisional y Adhocracia. (Minzberg, 1984).

descentralización no se consideran absolutas, sino como los extremos de un “*continuum*”, es decir que puede haber diferentes grados de descentralización.

Según el autor, desde la perspectiva de la estructura formal se pueden distinguir dos tipos de descentralización: cuando el poder formal se dispersa hacia abajo por la escala jerárquica, se denomina “descentralización vertical”. Por otra parte, existe el poder de decisión informal, que puede dispersarse entre varias personas, esta forma corresponde a la “descentralización horizontal”, donde los procesos de decisión están controlados por personas de cargos directivos.

El autor aclara que se suele llamar también descentralización a la “dispersión física” de los servicios, considerando que este aspecto confunde y no se considera descentralización.

Se ha intentado en los párrafos anteriores sintetizar algunos aportes de las teorías de las organizaciones, específicamente las que se desarrollan de “arriba hacia abajo” también denominadas teorías tradicionales y que aún predominan. Ahora se tratará de describir a partir de los estudios sobre el tema, cómo se producen los procesos de influencia organizacional en los integrantes de organizaciones y cómo se produce la toma de decisiones intentando aplicarlo a los niveles más bajos de la estructura, en nuestro caso los profesionales de la salud, imbuidos del poder que le otorga su profesión y experticia en una organización.

Tal como expresa Simon (1979:3) la “tarea física real de llevar a cabo los objetivos de una organización recae sobre las personas que se encuentran en el nivel más bajo de la jerarquía administrativa (...)”. La pregunta más antigua en este aspecto es ¿cómo influye la jerarquía de una organización (directores, supervisores, Jefes de Servicio, etc.) en el trabajo de los niveles más bajos de la organización para alcanzar los objetivos propuestos? O ¿de qué manera se ven influenciados en sus decisiones y en su comportamiento los empleados por la organización?

De acuerdo al autor, los comportamientos implican la elección (consciente o inconsciente) de una acción entre otras posibles. Esto es la decisión. Como se ha dicho las organizaciones son finalistas, y de alguna manera orientan los comportamientos hacia lo que hay que hacer. Los comportamientos son una cadena de decisiones que tienen una finalidad hasta que se llega a un objetivo último, en este caso la selección se llama “juicio de valor”. Cuando impliquen el “logro de tales finalidades” se llaman

“juicios de hecho” (Simon, 1979). De esta manera el autor avanza en la explicación de la toma de decisiones en las organizaciones, incluyendo como parte de ellas el elemento valorativo, desmitificando así la racionalidad pura en este proceso.

Sin embargo, los problemas no llegan ordenados en términos valorativos o fácticos, en general los objetivos suelen ser generales y confusos. En las decisiones se suelen combinar estos elementos de manera que se da respuesta en un solo acto a un objetivo. Por otra parte, una decisión “encierra una transacción”, pues la alternativa que se elige no permite nunca una realización perfecta del objetivo, es la “mejor solución disponible en las circunstancias dadas” (Simon, 1979:8).

Ahora bien, en algunos casos, como el que nos ocupará en este estudio más adelante, quienes están en los niveles más bajos son profesionales (por ejemplo, médicos) no simples operarios de fábrica frente a una línea de montaje, lo cual y en razón de su preparación previa, le da un alto grado de discrecionalidad decisoria, basada, en gran medida, en ‘juicios profesionales’

Lo anterior lleva a plantear el tema del poder en las organizaciones y entre sus miembros. En su concepto más simple el poder es la capacidad de una persona de inducir a otra a realizar algo que de otra forma ésta no haría (Weber, 1974). La característica principal es que es relacional, requiere al menos de dos partes para efectivizarse. Weber (1974) diferencia el poder de la autoridad, siendo esta última la sumatoria de poder y legitimación, es decir la aceptación del otro “porque comparte el sistema de valores”.

De acuerdo con Hall (1996), en las organizaciones las personas y las unidades organizacionales obtienen el poder a través del control de dos recursos: las bases y las fuentes del poder. Las bases se refieren a aquellos recursos que controlan los tenedores de poder y las fuentes son cuatro: a) el puesto o posición en la estructura, b) las características personales (carisma), c) las habilidades (fuente y base de poder, como la capacitación profesional) y d) la oportunidad de utilizar las bases de poder. En relación al punto c) es importante remarcar que refiere al poder del conocimiento y habilidades, que como se ha mencionado anteriormente es una característica de los burócratas (Bacharach y Lawler (1980), citado por Hall, 1996), a ello se podría agregar el punto a) posición en la estructura, los cuales combinados colaborarán en comprender el análisis de la burocracia del nivel de la calle, en capítulos posteriores.

Tal como se ha expresado, el estudio de las organizaciones públicas ha estado atravesado por los avances realizados en las organizaciones privadas, aunque se ha defendido su especificidad sustantiva¹¹ (Oszlak, 1980), lo que ha permitido mejorar los análisis intra organizacionales. Sin embargo, no puede desconocerse que la evolución de las burocracias públicas depende en gran medida de los contextos políticos en los cuales se desenvuelven, lo que suele condicionar su desarrollo tal como se expone más adelante.

1.2.1. Los estudios de Políticas Públicas

Ha sido dominante en los estudios de PPs considerar que las mismas se desenvuelven en un proceso que se desarrolla por etapas, cada una definida por características que las diferencian de las demás. Aquí es importante aclarar, siguiendo a Aguilar Villanueva, (1993:15), que esta concepción responde más bien un “dispositivo analítico”, construido para fines como “modelación, ordenamiento, explicación y prescripción de una política”. De modo que las etapas obedecen a un orden lógico, no cronológico, por ello se entiende que las mismas no son eventos sucesivos, sino que denotan los componentes lógicamente necesarios e interdependientes de una política. En la práctica las etapas no pueden diferenciarse tajantemente, dado que pueden sobreponerse, superponerse unas con otras, adelantarse, atrasarse, repetirse, por lo tanto, es una separación analítica y no debe confundirse con una separación real. (Aguilar Villanueva, 1993; Parsons, 2007). Los distintos autores Lasswell (1971), De León y Brewer (1983), Hoodwod y Gunn (1986) entre otros, elaboraron diferentes secuencias o fases de la política. Por su parte, Wildavsky (1977), eligió llamarlo “ciclo de la política”, remarcando así el aprendizaje permanente, la corrección y continuidad de las políticas, siendo sus momentos: “fijación de agenda, análisis de la cuestión, implementación, evaluación y terminación” (Aguilar Villanueva, 1993:16). En síntesis, se puede hablar de tres grandes momentos o fases del ciclo: Formulación, Implementación y Evaluación, cerrando así un círculo que se retroalimenta a sí mismo. Desde esta perspectiva, afirman Brugé y Subirats (1996:9)

¹¹ Refiere a aspectos que diferencian a las organizaciones públicas de las privadas, desarrollados en Oszlak, (1980)

“no se ha rehuído de los aspectos más políticos de la actuación administrativa” y de esta manera los análisis tienden a superar la tajante separación entre política y administración que sesgó tanto tiempo los estudios de Administración Pública.

Los primeros estudios sistemáticos de PPs fueron realizados por investigadores norteamericanos que, llevados por el fracaso o escasos resultados de las políticas de reforma social, como lo fueron las políticas denominadas la gran ‘sociedad’ y la ‘guerra contra la pobreza’, (*Great Society and War on Poverty*), de los años sesenta, que propiciaban una mayor intervención del gobierno en la sociedad (Aguilar Villanueva, 1996a:21; Hill y Hupe, 2015:11). Al principio el énfasis estuvo puesto en la definición de los problemas sociales y la formulación de programas; posteriormente surgió la necesidad de medir los resultados de las políticas y de evaluarlas. Finalmente, ya en década del setenta, se comienza a focalizar en la problemática de la implementación, que rescató las cuestiones organizacionales y administrativas, no consideradas como problema de PPs hasta entonces (Aguilar Villanueva, 1996a). Como principal aportación, estos estudios evidenciaron que los problemas de las PPs se localizaban más en la implementación que en su diseño.

Esta falta de percepción de la problemática de la implementación se debió fundamentalmente a la marca que dejaron los primeros teóricos de la administración pública (dicotomía política-administración) lo cual sesgó los estudios hacia la política (*politics*) en lugar de las políticas (*policies*) (Lowi, 1964). Desde esa perspectiva la acción de la administración quedaba fuera del análisis, priorizándose temas como: formación, estructura y funcionamiento del sistema político, proceso de producción del consenso (proceso electoral, grupos de interés, cultura política, etc.), conflicto y cambio social. (Aguilar Villanueva, 1996b:16). Sin embargo, los primeros estudios (Pressman y Wildavsky, 1973; Bardach, 1977, entre otros) observaron que en el *policymaking* después de la decisión entraban en juego otros factores como distorsiones burocráticas, resistencias locales, conflictos intergubernamentales, heterogeneidad de intereses, etc., lo que mostraba que la realización de un plan no es algo automático ni asegurado, como se había entendido hasta ese momento, como producto de la perspectiva de análisis heredada (Aguilar Villanueva, 1996a). Adicionalmente, esta visión posibilita deslindar de responsabilidades a los tomadores de decisiones políticas y que los problemas de implementación recaigan sobre “un

engranaje burocrático y anónimo” diluyendo así las responsabilidades del fracaso de las políticas (Oszlak, 1980).

Sin embargo, como se ha expresado, a partir de los estudios de Simon (1979), se reconoce que el personal administrativo y técnico, influenciado entre otros aspectos por la “estructura y funcionamiento de la organización”, toma decisiones en las cuales hacen elecciones de medios y fines que incluyen valores que pueden llegar a cambiar la decisión inicial (se volverá más adelante sobre este tema). De esta manera se reconoce a la implementación como parte del *policymaking* (Lindblom, 1980:64 citado en Aguilar Villanueva, 1996a:34) por lo que corresponde un análisis pormenorizado de esta parte del ciclo de PPs. De tal modo se reivindica la “naturaleza política de las políticas” (Aguilar Villanueva, 1996a:35).

Tal como se expresó en apartado anterior, es importante destacar que el desarrollo de la disciplina de PPs de la escuela norteamericana, siguiendo a Aguilar Villanueva (2015), basó su enfoque fundacional en dos aspectos: a) se centró en la eficacia de la decisión de gobierno y no en su institucionalidad, debido a que en ese país el tema del régimen político democrático estaba fuertemente consolidado; y b) se entendió a las PPs como un proceso y producto de una decisión (política), por lo cual se enfoca en el estudio de la estructura de la decisión. El autor agrega un tercer aspecto o consecuencia, el haber provocado el distanciamiento de la Política Pública y la Administración Pública al separar la toma de decisiones de gobierno de las decisiones organizativas y operativas (dicotomía política-administración) que se toman para efectivizar aquellas decisiones, en razón que estas últimas eran consideradas como algo más sencillo y controlable, es decir, como problemas menores. Estas posiciones cambiarían a partir de los estudios de la implementación, como se verá a continuación.

Cabe aclarar en este punto que el advenimiento de la disciplina en América Latina, en razón de la diferente evolución histórica e institucional¹² el rol del Estado también fue diferente ya que estos se encargaron del desarrollo entendido de diferentes maneras en los procesos históricos, generalmente ligados a prácticas clientelares y prebendarias como se verá al final de este Capítulo y más adelante en el

12 La falta de consolidación democrática, se debió a largos procesos de autoritarismos militares, conflictividad social, falta de desarrollo económico, necesidad de superar la pobreza y la desigualdad (Aguilar Villanueva, 2015)

caso específico de estudio. En este contexto se entenderá por Políticas Públicas el “conjunto de acciones u omisiones que persiguen determinados fines” (Isuani, 1986; Ozslak y O’Donnell, 1976), es decir, son modalidades de intervención del Estado que “observadas en un momento histórico y en un contexto determinados permiten inferir la posición predominante del Estado frente a una cuestión” (Ozslak y O’Donnell, 1976:15).

1.2.2. Las teorías de la implementación de Políticas Públicas

En el apartado anterior se ha visto que los orígenes de los estudios de la implementación surgieron recién a partir de los años cincuenta y setenta, basados en los fracasos de las grandes políticas sociales (EEUU) y fueron llevados a cabo “desde la óptica del nada funciona” (Aguilar Villanueva, 1996a:31). En términos de Hill y Hupe (2014:44) “había conciencia que esas intervenciones eran inefectivas”, lo que posibilitó descubrir lo que Hargrove (1975) denominó el “*missing link*” (eslabón perdido) en el estudio del proceso de la políticas (Parson, 2007:482; Hill y Hupe, 2014:44) a lo que ya se sumaba el influyente libro de Pressman y Wildavsky (1973)¹³ que titularon *Implementation* y un largo subtítulo que expresaba la frustración y el fracaso como el sentir generalizado de la época.

El “descubrimiento” de la implementación como problema en el alcance de los objetivos de las políticas, generó una serie de estudios e investigaciones sobre el tema, a la vez que se desarrollaron una diversidad de “modelos teóricos y político-administrativos del proceso de implementación” (Aguilar Villanueva, 1996a)

Sin embargo, para avanzar en el concepto de implementación, fueron necesarios al menos dos pasos: a) una clara distinción entre la política y el/los actos para llevarla a cabo¹⁴ y b) reconocimiento por parte de la Ciencia Política de su capacidad explicativa sobre el alcance, o no, de los objetivos de las políticas. Esto implicaría dar lugar al enfoque organizacional en el análisis de políticas públicas, además de superar la visión dicotómica del proceso.

¹³ Además de los estudios de Derthick (1972) y Bardach (1977); Van Meter y Van Horn (1975) (Parson, 2007:483; Aguilar Villanueva, 1996)

¹⁴ Este hecho no fue (ni es) fácil para los analistas políticos que aún consideran la ejecución o implementación de las políticas públicas como un tema menor, como un simple problema técnico.

En general se entiende que implementar significa: “llevar a cabo, llevar a efecto, efectuar, realizar, producir, cumplir, culminar, completar” (Aguilar Villanueva, 1996a) ¿Qué cosa? La política. Si bien los autores¹⁵ han aportado sus conceptos, enfatizando algunos aspectos sobre otros, se entenderá en términos generales por implementación, a todas las acciones, tareas, toma de decisiones, tendientes a concretar los objetivos de una política. Por otra parte, se debe diferenciar el proceso de implementación (Bardach, 1977), lo que comprendería una serie de decisiones relacionadas con: la asignación de funciones dentro de la burocracia o administración pública, o la generación de nuevas unidades organizativas o programas; el personal y su ordenamiento jerárquico, la asignación de recursos (en sentido amplio) incluido el material o presupuestario y las diversas interacciones entre los actores públicos y privados (Oszlak, 1980) que posibiliten el paso de la enunciación o idea (política) a ciertos resultados esperados (Aguilar Villanueva 1996a). La pregunta esencial fue y es ¿por qué las acciones (implementación) no se ajustan a las decisiones o normativas que expresan las políticas públicas?

Las distintas respuestas pueden encontrarse en el desarrollo de los estudios sobre implementación los que pueden diferenciarse como los de “primera generación”, los de “segunda generación” y los de “tercera generación” (Aguilar Villanueva, 1996a)

Una breve descripción de estos desarrollos posibilitará visualizar sus diferencias y sus aportes al conocimiento del tema.

Dentro de los originarios, se encuentran los trabajos pioneros de Pressman y Wildavsky (1973) y Bardach (1977). En general coinciden en que, una vez tomada la decisión política, esta debe realizarse en los órganos competentes. Considera que, una vez tomada la decisión política, ésta “baja” a los órganos ejecutores hasta los últimos niveles de la jerarquía burocrática, conocido como enfoque top-down, también llamados modelos racionales (Parsons, 2007:483). Aquí el énfasis se coloca en los problemas de la administración, básicamente en la “desorganización de las agencias, la impropiedad y rutina de los procedimientos, la incompetencia técnica o la apatía de los

¹⁵ Pressman y Wildavsky (1973) destacan “el proceso de interacción entre el establecimiento de metas y acciones emprendidas para alcanzarlas” (citado por Parson, 2007); Bardach (1977), enfatiza además en los elementos del programa, y su necesidad de relacionarlos, “proceso de ensamblaje” para lo que se requiere persuasión y negociación (Aguilar Villanueva, 1996).

agentes, los vicios morales que rodean el desempeño, etc.” (Aguilar Villanueva, 1996a) y ello se soluciona dirigiendo y controlando jerárquicamente para lograr una disciplina y ajuste hacia los objetivos.

Tal como afirma Aguilar Villanueva (1996a), los supuestos en que se basaron fueron los que justamente por su ausencia pueden incidir negativamente en la realización de las políticas, tales como no existencia de: ambigüedad e inconsistencia interna entre los objetivos de la política; oposición política; consenso sobre empleo de medios básicos y financiamiento suficiente, también supusieron que las organizaciones e individuos que llevarían a cabo la política tenían la competencia técnica requerida para sus tareas, integridad moral y compromiso, etc. de manera que todos estos problemas no serían considerados propios de la implementación. Se acuerda con el autor que estos problemas deberían ser llamados por su nombre: “oposición política, financiamiento errado, incompetencia técnica, indolencia burocrática, etc.” (Aguilar Villanueva, 1996a:48). Es decir, que las acciones que se desprenden de las “condiciones iniciales” pueden estar mal cumplidas debido a incompetencias, desorden, corrupción, pereza de las burocracias públicas, como así también de los organismos privados intervinientes (clientelismo), que se encargarían de ejecutar la política. A estos problemas se les puede llamar “problemas de implementación en sentido amplio “y en sentido estricto deberían ser considerados como “defectos o problemas de administración, organización, aptitud y ética profesional... y como tales deben ser nombrados, conceptualizados y explicados” (Aguilar Villanueva, 1996a:48).

De tal manera, la implementación perderá efectividad en la medida que los eslabones que unen a las distintas agencias e individuos implicados en la ejecución de la política, no cumplan con los objetivos por algunos de los problemas mencionados e irán conformando un “déficit de implementación” (Parsons, 2007:484), lo que va configurando un contexto de alta complejidad organizacional o como lo llamaron Pressman y Wildavsky (1973) “la complejidad de la acción conjunta”.

Este enfoque al sustentarse en la conocida dicotomía política-administración, deja a la burocracia fuera del *policymaking*. Sin embargo, estos primeros estudios no negaban totalmente la influencia de la administración en el logro o no de las políticas, pero el acento estaba puesto en el diseño y la toma de decisión política.

Posteriormente se evolucionó a partir del seguimiento realizado por Majone y

Wildavsky (1978), Browne y Wildavsky (1984, 1987), a partir de la necesidad de entender la implementación como un proceso evolutivo y “de aprendizaje” y no sólo una secuencia de implementación de las políticas (Parsons, 2007: 485). Estos estudios se originan en la visión jerárquica (*top-down*), que siguieron muchos estudiosos del tema como Dunsire (1978a, 1978b); Hood (1976); y Gunn (1978) (en Parsons, 2007).

Por su parte Bardach (1977), realiza un intento de traducir los resultados de las investigaciones en un marco conceptual de validez general, elabora tipologías y explicaciones. Bajo el título “El Juego de la implementación”, desafía elaboraciones anteriores diferenciando entre el “problema de la implementación” y el “proceso de implementación” en sí mismo, en este sentido coloca el énfasis en la “pluralidad de intereses” alejándose de la perspectiva que trata la estricta obediencia a los objetivos y a las normas (en Aguilar Villanueva, 1996a: 61).

El autor destaca dos características de la implementación: “ensamblaje” y “política” a la que agrega otra, la de ser “un sistema de juegos que se relacionan entre sí de manera laxa” (Bardach, 1977). En este sentido, realiza una representación conceptual descriptiva que enumera: quienes juegan; qué está en juego; las apuestas; las estrategias y tácticas; los recursos necesarios para poder entrar en juego; las reglas de juego; etc. Asimismo, define el juego como “las estrategias y técnicas de interacción -la interacción estratégica-”, lo que posibilita que actores independientes entren en relación recíproca en función de los recursos que poseen dentro del programa.

También identifica los “juegos” y cuatro efectos negativos que se generan en el desarrollo de la política, a saber: desvío de recursos, distorsión de los objetivos de la política, resistencia a los esfuerzos por controlar las conductas administrativas, y disipación de energías personales y políticas que se pueden canalizar hacia acciones constructivas del programa. Como se puede observar los estudios y análisis fueron avanzando hasta llegar al meollo de los problemas de implementación.

La segunda generación de estudios surge a partir de las críticas al llamado “modelo racional” (Parsons, 2007) basadas en general, en no considerar otros actores y niveles en el proceso de implementación. De tal manera que sus detractores invirtieron el enfoque, y propusieron estudiar la implementación “desde abajo”, lo que también se conoce como enfoque *bottom-up*, dentro de los cuales se encuentran autores como Berman, Elmore, Williams, y Lipsky. Berman (1996), considera la

implementación al contrario de cómo fue concebida en sus comienzos (dado una toma de decisión política ocurrirán los resultados), y la redefine como el estudio de porqué las decisiones provenientes de la autoridad no conducen necesariamente al logro de los objetivos previstos “o también como el estudio los resultados deseados” (Berman, 1996: 286). El autor coloca el énfasis en los “contextos institucionales” en los cuales se desarrolla la política, que puede estar compuesto por una o varias organizaciones. Desde esta perspectiva distingue la “macro-implementación” referida a la implementación de políticas formuladas desde los gobiernos federales y aplicados en los gobiernos locales y la “micro-implementación” referida al diseño y ejecución de los gobiernos locales. Ambos se diferencian en sus contextos institucionales.

Entre las causas de la ruptura entre la toma decisiones y sus resultados, donde media la administración, el autor destaca el problema de la ambigüedad de la intención legislativa o gubernamental, aunque esta sería una característica inevitable en la formulación de la política. Lo que importa es “comprender de qué manera transforma la instancia administradora de una decisión política ambigua en un programa gubernamental” (Berman, 1996:297). Por lo tanto, la problemática se concentra en identificar las características organizacionales de las dependencias administradoras, en lugar de “documentar las dificultades de lograr que las dependencias ejecuten con fidelidad las políticas” (Berman, 1996:298). Esta perspectiva implica reconocer que casi toda la legislación está en manos de la burocracia, que es preexistente en muchos casos o en algunas unidades reorganizadas para llevar adelante alguna política. Es así que ésta, al ser implementada por “operadores del programa” pueden actuar en función de su agrado o no de la política, de su comprensión, o no, y por influencia de sus deseos o convicciones personales (Berman, 1996). Como se puede observar en este autor aparecen rasgos de la burocracia del nivel de la calle que fuera definida por Lipsky, la que guiará este estudio, como se desarrolla en el Capítulo III.

En síntesis, Berman (1996) señala que la macro-implementación requiere la adaptación de un proyecto a su contexto organizativo local, y la micro-implementación se caracteriza por la adaptación mutua entre el proyecto y el contexto organizacional, lo cual otorga un alto grado de sensibilidad a los proyectos que sufren ajustes en función del ambiente político inmediato y los deseos de los burócratas de los últimos

niveles organizativos.

Por otra parte, para Elmore (1996), existen dos enfoques claramente distintos para analizar la implementación: 1) el diseño prospectivo (*forward mapping*) y 2) el diseño retrospectivo (*backward mapping*). El primero refiere al tipo racionalista para calcular y prever las acciones de antemano (planificación), o modelo de arriba hacia abajo. Y el segundo, a la inversa del anterior, desde las interacciones específicas que suceden entre sociedad y gobierno representado por los niveles inferiores operativos de una organización pública local y a partir de allí, de la realidad, se diseñan los objetivos y operaciones de la política, o modelo de abajo hacia arriba, buscando dar medidas de apoyo y corrección en las organizaciones locales.

Desde esta perspectiva los autores mencionados y específicamente Lipsky (1971, 1980, 2010) consideran que el control sobre la gente no es la vía para una implementación efectiva, sino por el contrario, en términos de Elmore (1979) implica definir el éxito de las políticas en términos humanos o de comportamiento, no como la comprobación de una “hipótesis” (en Parsons, 2007:488). Otro aporte en esta línea es el de Williams (1975,1976,1980) (en Aguilar Villanueva, 1996a) quien considera en relación a la implementación, que la interacción entre una organización o “agencia” local y los actores que prestan servicios en ella, que se relacionan con el público, se considera la realización de los objetivos de una política, reconociendo de esta forma el “punto de distribución de servicios” como el lugar donde una política se ejecuta, o no, además de resaltar la importancia de la organización local. Esto implica también reconocer el entorno político o contexto local en el que deben funcionar las políticas. De esta manera, se torna imprescindible estudiar el funcionamiento de las organizaciones públicas, su estructuración y su contexto político y social (Elmore, 1978, 1979; en Aguilar Villanueva, 1996a)

En síntesis, este enfoque “alternativo” produjo una renovación del análisis, de la producción teórica y proporciona una nueva manera de visualizar la implementación, sus problemáticas y la dirección de las respuestas (Aguilar Villanueva, 1996). Aquí se inscribe este estudio, más concretamente en el último eslabón de la implementación, lo que se viene llamando ‘burocracia a pie de calle’.

De tal manera, la evolución del estudio de la implementación continuó, hasta llegar a los autores de la tercera generación de estudios, alejados en el tiempo de los

contextos en que surgieron los primeros enfoques, se dedicaron a elaborar modelos y visiones integradoras del proceso de implementación, entre ellos se encuentran, “Van Horn y Van Meter, Rein y Rabinovich, Mazmanian y Sabatier” (Aguilar Villanueva, 1996a:18), que no se desarrollan, no por tener menor importancia, sino por no ser objeto de abordaje en este trabajo.

1.3.1. Del régimen político a las Políticas Públicas: aspectos relevantes para pensar las organizaciones y la implementación.

Tal como expresa Aguilar Villanueva (2015), la recepción de la teoría de las PPs en América Latina comparte con la norteamericana el concepto de eficacia, pero le agrega el énfasis en la institucionalidad, debido a que cuando arriba esta teoría a la Región -fines de los ochenta y comienzo de los noventa- aún no estaban totalmente consolidados los regímenes democráticos, por lo cual se enfatiza en la necesidad de aportar a su construcción y a la vez resaltar su naturaleza pública¹⁶, a los efectos de preservar las políticas de las prácticas usuales en América Latina, que en muchos casos han impedido el desarrollo de democracias plenas.

Es así que la predominancia de regímenes deficitarios en términos democráticos logra como producto de ese contexto político, influir en el proceso de implementar Políticas Públicas, a través de modificar las burocracias estatales, otorgándoles características que es necesario identificar.

Este apartado tiene como objetivo aportar argumentaciones teóricas que permitan explicar cómo la implementación de PPs está condicionada por el tipo de régimen político¹⁷. A su vez, el análisis de las PPs brinda la posibilidad de visibilizar cómo se concretan las relaciones Estado-Sociedad. En términos de Oszlak y O'Donnell (1981) permiten ver el Estado "en acción", desagregado, fuera de su estructura global y "puesto" en un proceso social en el que interactúa complejamente con otras fuerzas sociales.

¹⁶ El énfasis en los valores públicos ya sea en la toma de decisiones y/o su implementación, incluye: “observancia de las leyes, compromiso con el interés público, cuidado de los recursos públicos, participación de la ciudadanía en los procesos de PP (Aguilar Villanueva, 2015).

¹⁷ Se entiende por régimen “el conjunto de pautas explícitas o no, que determinan la forma y canales de acceso a los principales cargos de gobierno, las características de los actores admitidos y excluidos con respecto a ese acceso, y los recursos y estrategias que pueden emplear para ganar tal acceso” (O'Donnell, Schmitter y otros, 1988:118)

En ese sentido, y en relación a la implementación, las burocracias latinoamericanas merecen un tratamiento especial debido a las diferencias sustanciales que presentan en relación a los organismos homónimos surgidos en los países que por su devenir histórico han concebido y consolidado otros tipos de estructuras burocráticas. La principal diferencia –donde radica su especificidad- es que en general los países de la Región no completaron la construcción y aplicación del modelo burocrático weberiano -aunque existan parcialmente núcleos de excelencia en algunos países- tal como lo hicieron los países desarrollados y que inauguraron las características de los Estados modernos, basados en reglas de mérito para el acceso al servicio público, según consta en el Documento del CLAD (1998). De tal manera que esos espacios “convivieron con el patrimonialismo y con la designación de cargos superiores del escalafón a través de prácticas clientelares que obturaron la posibilidad de profesionalización de la burocracia” (Documento del CLAD, 1998:10).

En consecuencia, tal como afirman varios estudios realizados, esta ausencia de una imagen normativa de la burocracia muestra la realidad de la Región, como por ejemplo Zuvanic y Iacoviello (2010:10), cuando afirman que se trata de “Estados débiles en su capacidad de ejecutar políticas públicas orientadas a fortalecer los derechos de los ciudadanos”. Asimismo, las autoras sostienen que las burocracias han funcionado como un sistema de empleo en manos de políticos y de intereses corporativos por lo que no se han desarrollado burocracias caracterizadas por procedimientos regularizados e impersonales e ingresos al empleo público basado en el mérito y calificaciones técnicas. Este estudio muestra también que estas organizaciones públicas desempeñan distintos papeles o roles, a veces contradictorios, cuyas variaciones dependen de los “grados de profesionalidad o neutralidad” en relación a las políticas públicas; “grado de estabilidad y capacidad de adaptación” y su “orientación al interés público o por el contrario su uso privado por los partidos políticos o por los empleados públicos” quienes actúan en defensa de sus intereses bajo el “paraguas de la estabilidad” (Zuvanic y Iacoviello, 2010:10).

En el convencimiento que la consolidación de una burocracia independiente y estable depende de la vigencia de reglas y prácticas en la gestión de los funcionarios¹⁸

¹⁸ En América Latina y Argentina se denomina funcionarios a los que ocupan cargos designados políticamente, y empleados públicos al personal permanente.

que obedezcan a criterios de mérito, rendición de cuentas, transparencia y flexibilidad, las autoras mencionadas realizan este estudio tomando como referencia para evaluar los casos empíricos, un modelo integrado de gestión de Recursos Humanos, propuesto por Longo (2004) y que fuera la base para la elaboración de la Carta Iberoamericana de la Función Pública¹⁹ (CLAD, 2003). El trabajo se realizó en 18 países de la Región, para ello elaboraron un Índice de Mérito (Suponen mecanismos abiertos de competencia y procedimientos universales para aspirar a un cargo en el sector público) y un Índice de Capacidad Funcional (Evalúa cómo y cuánto los procedimientos y prácticas existentes en el servicio civil pueden influir sobre el comportamiento de los empleados y si los mismos sirven a efectos de fortalecer el compromiso de los funcionarios con la institución y con sus tareas).

Los resultados arrojan con respecto al primer índice que, si bien Argentina se encuentra por encima de la media, coexisten prácticas basadas en el mérito con el clientelismo político, implicando que en algunos organismos se produce la selección en base a criterios generales, y la otra mitad aplica prácticas clientelares. Esto no sólo se puede observar a nivel del gobierno nacional, sino principalmente en varias provincias, donde los gobiernos de tipo patrimonialista dan su característica central, como en el caso de la provincia de San Luis. En relación al segundo, índice de capacidad institucional, también se puede observar que Argentina también se encuentra por sobre la media, pero con fuertes inequidades, que se reflejan en los distintos organismos nacionales y provinciales.

Como se ha expuesto, los Estados Latinoamericanos, en general, presentan características como las definidas para los regímenes patrimonialistas. Esta categoría analítica surgida de Weber (1974) quien la define como un caso especial de dominación tradicional, (la *patrimonial*), que se da cuando existe un cuadro administrativo personal del "señor" y se denomina patrimonialismo.

Las categorías weberianas también pueden ser útiles para analizar formas combinadas de dominación patrimonial y carismática, que le otorgan un mayor grado de complejidad a estos fenómenos culturales modernos.

En este sentido, resulta atinado el desarrollo que realiza Mazzuca (2002), al diferenciar en el concepto de régimen político dos dimensiones: "el acceso al poder del

¹⁹ A la cual Argentina está adherida.

Estado y el ejercicio del poder del Estado”. Expresa que la mezcla de estas dimensiones lleva a confusiones de orden teórico como práctico -al englobar toda la problemática dentro de los procesos de democratización- e impide distinguir entre los problemas de burocratización y los de democratización propiamente dichos.

Dicho autor sostiene que los procesos de democratización están ligados a los modos de acceso al poder del Estado (régimen político) a diferencia de los procesos de burocratización -en el mejor sentido weberiano- que deben distinguirse. En este aspecto, en los países latinoamericanos²⁰ la burocratización no precedió necesariamente a la democratización, como ocurrió en la historia de los países europeos. En América Latina, signada por una deficitaria burocratización, se han instituido prácticas como nepotismo, clientelismo, falta de idoneidad en la ocupación de los cargos públicos, etc. Es decir, prácticas que propiciaron procesos de patrimonialización del Estado, considerados pre-modernos (Weber, 1974) que posteriormente Ozslak (1980) caracterizara a partir de las experiencias latinoamericanas²¹. Este autor partiendo de los argumentos de Weber (1974) sostiene que el patrimonialismo al ser la dominación de un solo hombre, requiere de funcionarios para ejercer su autoridad.

En diversos estudios realizados sobre el tema se ha caracterizado a la provincia de San Luis (Argentina) como un caso de dominación patrimonialista moderno (Trocello, 2004), Arias (2005), Rouquaud (2012) entre otros, por lo que se realizará una breve síntesis de los aspectos más importantes que atañen al desarrollo de la burocracia bajo estos regímenes.

En la actualidad los gobernantes se rodean de las instituciones formales de la democracia²² -en el mismo sentido Trocello (2008) redefine este tipo de régimen, y lo denomina neopatrimonialismo- y toman todas las decisiones relacionadas con la designación, reemplazo, traslado o remoción de funcionarios en cualquier nivel, jerarquía o función de gobierno, y este poder se extiende a otras esferas de la

²⁰ Las causas más firmes se encuentran en los orígenes de la construcción de los Estados Latinoamericanos, como Argentina, donde preexistían poderes regionales o locales, que, durante el proceso de constitución del país ya habían desarrollado recursos políticos que garantizaban su dominio a nivel local (Mazzuca, 2002).

²¹ Estas experiencias también han recibido el nombre de “autoritarismos tradicionales” pero son menos precisos (Ozslak, 1980)

²² Si bien el régimen político nacional es el que va a marcar en mayor medida la relación entre el Estado y la Sociedad, en cada provincia, las particularidades del régimen político vigente condicionan con características especiales esa relación.

actividad del Estado (Oszlak, 1980).

Siguiendo a Oszlak (1980), estos regímenes determinan las características predominantes de las burocracias estatales y modifican las políticas públicas. Si se ejemplifica con el caso empírico que nos ocupará, de acuerdo a estudios anteriores²³, se pueden identificar las siguientes:

- 1) La estructura de autoridad tiene un carácter “radial”, es decir que quien gobierna ocupa el centro del poder y ese poder lo ejerce en base a relaciones personales basadas en obligaciones recíprocas.
- 2) El gobernante cuenta con una irrestricta capacidad de designación de funcionarios en cargos contemplados o no en la jerarquía administrativa. En consecuencia, se desnaturalizan las relaciones de autoridad pues a los canales formales existentes se les superpone el poder de los funcionarios designados.
- 3) Se ejerce una acción desmovilizadora de la sociedad por medio de la cooptación de dirigentes pertenecientes a la burguesía, en general provenientes de diversos sectores sociales y de diversas ramas de la economía. A esto debe sumarse, la inclusión en el gobierno de figuras políticas de la oposición a quienes se ubica en sectores de la administración o se compra con favores.
- 4) El “enroque” político es común, sin considerar las cualidades o aptitudes personales de los designados. Esto ayuda a reforzar la dependencia de “la corte”. Esta práctica genera un “ida y vuelta” de lealtades políticas.
- 5) Existe un alto nivel de incertidumbre en las relaciones burocráticas, pues con la normativa vigente, conviven modos informales de relaciones producto de lealtades personales.
- 6) Junto al atraso técnico en las burocracias estatales en los sectores no priorizados, (por ejemplo: salud y educación), se crean instituciones modernas en manos de equipos técnicos generalmente muy cercanos al gobernante que desempeñan funciones esenciales en términos de apoyo político (por ejemplo: Contabilidad Presupuestaria, Obras Públicas, entre otros). Estas formas de priorizar suelen estar claramente relacionadas con el patrón dominante de crecimiento económico en el que se basa el proyecto individual

²³ Este tema ha sido desarrollado exhaustivamente en Rouquaud (2012).

del Gobernador.

- 7) Existe una deliberada superposición de funciones entre organismos existentes en la burocracia estatal y otros creados. La duplicación de funciones no obedece en general a criterios lógicos de trabajo que aseguren eficiencia; sino que permite contar con "confiables " en todas las áreas (que se reportan al gobernador), y limitar las atribuciones de algunos y otorgárselas a otros.
- 8) Se genera como consecuencia de lo expuesto un "imperio" de tipo burocrático que se extiende en la medida de lo posible a todas las instituciones intermedias de la sociedad, a las cuales va cooptando a través de la entrega de subsidios, lo cual permite generar lazos y dirigentes incondicionales, que van generando legitimidad al accionar del gobierno.
- 9) Las políticas patrimonialistas exigen un estricto control de los recursos, con tendencia a prevalecer la orientación distributivista. Consecuencia lógica es la alta discrecionalidad en el manejo presupuestario por medio del otorgamiento de partidas fijas para gastos corrientes y la constitución de fondos especiales asignados al gobernante y la posibilidad establecida en las normas, de modificar o cambiar de destino las partidas presupuestarias. Como consecuencia existe un alto grado de incertidumbre en todo el ámbito público respecto de los fondos con los que se cuenta para cubrir los requerimientos de gastos e inversiones.

Esto desnaturaliza los principios presupuestarios y tiende a desvirtuar controles legislativos, (*accountability* horizontal)²⁴. En este caso, al contar con mayorías absolutas propias en el poder legislativo, se aprueban casi sin discusión (o sin ella) tanto los presupuestos como las cuentas de inversión y las leyes que se desee.
- 10) La acción estatal se orienta principalmente a las siguientes acciones: a) medidas demagógicas materializadas a través del subsidio que no llega a ser una redistribución de la riqueza, principalmente a las asociaciones intermedias, como clubes deportivos, asociaciones vecinales, cooperativas,

²⁴ O'Donnell (1998 y 2001) Entiende por *accountability* horizontal "La existencia de agencias estatales que tienen autoridad legal y están tácticamente dispuestas y capacitadas (*empowered*) para emprender acciones que van desde el control rutinario hasta sanciones penales o incluso *impeachment*, en relación con actos u omisiones de otros agentes o agencias del estado que pueden, en principio o presuntamente, ser calificadas como ilícitos".

etc.; b) concesión de privilegios de explotación y c) construcciones fastuosas y gastos ornamentales.

- 11) Los derechos de los ciudadanos se tergiversan y son presentados como dádivas del gobernante, tal como el caso de otorgamiento de subsidios, las construcciones o equipamiento en el ámbito de la educación o de la salud o la entrega de viviendas.

Esta mutua determinación entre régimen, burocracia y también de la sociedad produce cambios importantes en las políticas públicas bajo estos regímenes y que se sintetizan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1.1. Resumen de las características predominantes de la estructura burocrática en un régimen patrimonialista

<input type="checkbox"/>	Estructura de autoridad tipo “radial” superposición c/formal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alta capacidad de designar funcionarios (con o sin cartera)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alto nivel de incertidumbre por coexistencia de modos formales e informales de relaciones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Baja movilización de actores	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Escasa institucionalización de relaciones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alto Control y Asignación de Recursos discrecional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Baja percepción de derechos de ciudadano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Baja autonomía de los sujetos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Control social (personalista)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prácticas particularistas (clientelares)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Relación líder-pueblo (populismo)	<input type="checkbox"/>

Fuente: Elaboración propia Rouquaud (2012) en base a Oszlak (1980)

El cuadro anterior trata de mostrar las principales características de las

burocracias de un régimen patrimonialista como el ‘puntano’²⁵, a riesgo de simplificar cuestiones que son más complejas, con el objeto de visualizar rápidamente las mismas, para explicar las modificaciones que se producen al interior de la burocracia, las cuales se reflejan en las modificaciones en las interdependencias: Jerárquicas (Estructura radial), Funcionales (superposición entre burocracia formal y organismos ad-hoc) y Presupuestarias (Monopolización de recursos y asignación discrecional)(Oszlak, 1980), que podrían influir en la implementación de políticas públicas y , con ello, en los comportamientos de los *Street Level Bureaucrats* o burócratas del nivel de la calle, como se verá más adelante. Por ello es necesario analizar el funcionamiento de las organizaciones públicas, su estructuración y su contexto político y social. En concreto, se estudiará el caso de la Política Pública de Salud en la Provincia de San Luis, tomado pues como un estudio de caso en un doble sentido: el caso de una política pública específica y su observación en un caso ejemplar que ‘ejemplifica’ un tipo de régimen político en el que la burocracia en acción introduce, cuando menos, los sesgos mencionados en la implementación de las políticas, con posibles efectos en el accionar de los burócratas del nivel de calle.

En las páginas que siguen se presenta el caso de estudio, y más adelante el objeto analítico concreto a partir del cual se tratará de dar respuesta empírica a una cuestión de partida, como es la observación de los ‘límites’ de la implementación de políticas públicas en contextos con alto nivel de incertidumbre (burocracias patrimonialistas).

Para terminar, se destaca que en este capítulo se ha realizado un recorrido por los principales enfoques teóricos que aportan a comprender el problema de la *Street Level Bureaucracy* (que será analizado en profundidad en el Capítulo 3) abordando las políticas públicas y las organizaciones que la implementan. En el próximo capítulo se presenta el caso de estudio en el que centra el análisis de la *Street-level Bureaucracy* entrando en el ámbito de política en el que se estudia y las principales características del ‘local’ en el que se realizó la investigación (socio económicas y socio políticas).

²⁵ El gentilicio se origina en la geografía de San Luis donde se ubican las Sierras Grandes, en el extremo llamado *Punta de los Venados*. De allí, se denominó *San Luis de la Punta de los Venados*.

CAPÍTULO 2

EL CASO DE ESTUDIO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS PARTICULARES.

“...la fisonomía del aparato estatal y sus niveles de desempeño están íntimamente relacionados con las características del contexto social y político que enmarca su actividad.”

Oszlak (2006)

Como se ha explicado antes, este trabajo explora en un aspecto relativo a la implementación de las decisiones públicas, en concreto el espacio de discrecionalidad que se produce en el último nivel de actuación de la política, que la literatura llama *Street Level Bureaucracy*. El estudio se efectúa en el marco de la política de salud, más concretamente en la Atención Primaria de la Salud de la provincia de San Luis. La relevancia del caso de estudio reside, fundamentalmente en dos aspectos: a) la extensión de la cobertura de esta política pública y b) que, recientemente, ha sido objeto de importantes reformas que han dotado al sector de una densa infraestructura

organizacional y un marco normativo que clarifica objetivos, medios, recursos. De allí el interés de estudiar la SLB en agentes de la Atención Primaria de la Salud en San Luis, concretamente el personal médico

Este capítulo tiene por objetivo presentar el caso de estudio para lo cual se han tenido en cuenta dos dimensiones que lo caracterizan, por un lado, el sector de la política social, en el que se inscriben los sujetos y prácticas objetos de esta investigación, y por otro, el local de investigación en el que las mismas se desarrollan.

En cuanto al primero se pretende presentar muy brevemente el sistema de Salud en Argentina; ello posibilita una mayor comprensión de su estado actual y entender la gran heterogeneidad que se plantea a nivel de las provincias, de las cuales dependen las decisiones políticas y su implementación en este sector. Luego, más concretamente, se centra la atención en las características del sector salud en la provincia de San Luis, para poder concentrarse en la implementación de la política de Atención Primaria de la Salud (APS), que es el contexto en el que se estudia la SLB.

En segundo lugar, se presenta el local de investigación, por un lado, atendiendo a los elementos que permiten caracterizar el perfil socioeconómico y socio-sanitario donde se desarrolló el estudio; y por otro, se aportan evidencias que permiten caracterizar el régimen político de San Luis para luego cerrar el capítulo plateando la relación entre el tipo de burocracia que genera el régimen patrimonialista, y los comportamientos particulares de los SLBs que este promovería.

2.1. ÁMBITO DE LA POLÍTICA: LA SANIDAD

El ámbito de la salud como política pública resulta de interés para el estudio de la *Street Level Bureaucracy* dado que ofrece un rasgo particular de relevancia metodológica: el profesional de referencia del sector, el médico, es un sujeto altamente cualificado y ello aporta al estudio de la implementación, y desde esta perspectiva de modo particular, una mayor diversidad de factores explicativos de carácter individual. Además, cabe destacar que su juicio profesional es altamente valorado por la organización, lo que aporta mayores niveles de discrecionalidad, en términos de los objetivos y procedimientos de la política diseñada.

En este aparatado se presenta el ámbito de la política pública en la que se insertan las prácticas que son objeto de este estudio, para ello se presentan las características centrales del diseño del sector de salud en Argentina así como los aspectos relevantes de la Atención Primaria de la Salud en San Luis, que es el espacio específico en el que se desarrollan los sujetos que son parte de este estudio y por tanto el ámbito en el que se observa la 'burocracia a pie de calle'.

2.1.1. El sistema de salud en Argentina: composición y financiamiento.

Para explicar el objeto de este estudio, la SBLs en los médicos de Atención Primaria de la Salud, es necesario aportar alguna información que la sitúe en el contexto más general de la política de salud, y más concretamente en el entramado del sistema de salud argentino. Conocer, aunque no exhaustivamente, las particularidades y complejidades que presenta permitirá comprender mejor aspectos relevantes del fenómeno que se pretende estudiar.

La evolución histórica sintetizada en Anexo I dio lugar a una singular trama institucional cuya característica principal, de acuerdo a varios autores, fue una alta fragmentación entendida como ausencia de coordinación central en las acciones y que se percibió específicamente en el campo de la salud, cuyo esquema de prestación de

servicios ha quedado conformado de la siguiente manera: 1) Sub-Sector Público, que brinda servicios a través de sus distintos niveles de gobierno (actualmente, provincias y algunos municipios), 2) Subsector Obras sociales (seguro social) a través de contrataciones con el sector privado y 3) Subsector Privado de salud, que inició como sistema de prepagos privados (y aún coexisten), pero se consolidó principalmente como prestador del sistema de obras sociales (Isuani y Mercier, 1988; Pérez Irigoyen, 1989; Repetto y Dal Massetto, 2004; Cadenas de Valor, 2016).

El primero, integrado por los Ministerios tanto nacionales como provinciales, con 1.525 hospitales y 8.845 centros de salud sin internación, siendo la mayoría provinciales. Se financia con recaudación del sistema impositivo de nivel nacional, provincial y municipal. Del total de empleos¹, el 42% corresponden al sector público y 57% al sector privado, de los cuales el 64% de los ocupados cuentan con formación de nivel superior (técnicos y profesionales) (Informe Cadenas de Valor, 2016). El segundo, subsistema de seguro social obligatorio, Obras Sociales (OS), brinda cobertura a los trabajadores asalariados² y sus familias, según la rama de actividad. El tercero, subsector privado, integrado por profesionales que brindan servicios a pacientes particulares, a afiliados a OS o Empresas de Medicina Prepaga y entidades de seguro voluntario asociadas a la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (Informe Cadenas de Valor, 2016).

Se generó así un sistema altamente complejo de atención a la salud, que combina distintos modelos de prestación de servicios y que condiciona el aprovechamiento eficaz y eficiente de los recursos, produciendo inequidad en el acceso, es decir las desigualdades evitables, originadas en la pobreza fundamentalmente, lo que produce que el acceso, la calidad de la salud dependan de aspectos económicos, culturales y socio demográficos y territoriales³ de la población.

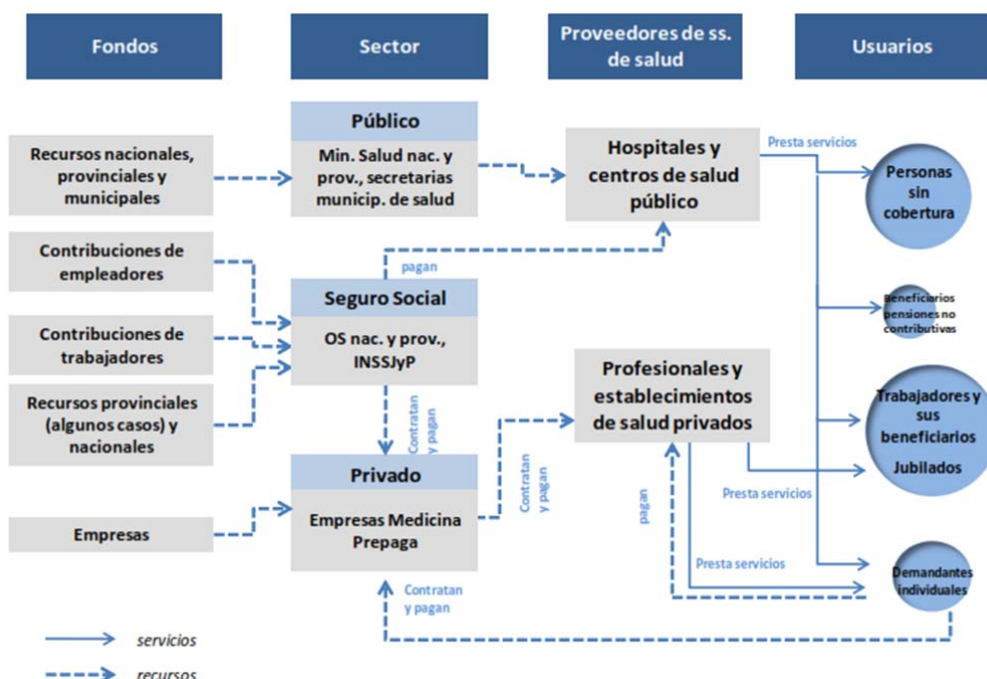
El sistema puede analizarse en el siguiente esquema:

¹ De acuerdo a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2° trimestre 2016, se generaron 612.473 empleos, tanto formales como informales (Informe Cadenas de Valor, 2016).

² Corresponde a los trabajadores registrados o en “blanco” a diferencia de los trabajadores no registrados (35 a 40%) o en “negro” de la economía informal, que por esa razón no acceden a este sistema.

³ Producidos por la descentralización del servicio y la falta de coordinación del nivel nacional para equilibrar las desigualdades regionales del país.

Esquema 2.1. Sistema de Salud en Argentina.



Fuente: Subsecretaría de Planificación Económica. Dirección Nacional de Planificación Sectorial. Informe de Cadenas de Valor (2016)

Hasta aquí, es evidente la complejidad del sistema en todos sus aspectos, donde el subsector público presta servicios no sólo a las personas sin cobertura, sino también a los otros subsectores, y ello produce un flujo de subsidios cruzados (Cadenas de Valor, 2016)⁴

A ello, y en lo que respecta al sistema público, hay que destacar la presencia de 24 sistemas públicos de salud (uno por cada provincia), aproximadamente 300 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales, seguros privados de salud, gran cantidad de mutuales, decenas de empresas de medicina prepaga y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), denominado

⁴ De acuerdo al Informe, esto produce el flujo de subsidios cruzados es de tres tipos o modalidades: 1) en cuanto al destino del gasto público: se produce cada vez que un beneficiario de obra social o prepaga se atiende en el servicio público, si bien en algunos hospitales se paga un arancel, los valores son inferiores a los del sector privado y no logran cubrir los costos del servicio; 2) cuando los beneficiarios del seguro social (Obras Sociales) acceden a las prepagas a través de las obras sociales. Se estima que un 10% de la población nacional o un 17% de la población con cobertura de seguros optan por esta modalidad, en general sectores medios o superiores y 3) existen personas que poseen doble afiliación, tienen más de una obra social o tienen obra social y prepaga, en este caso, cada vez que una persona opta por uno de estos dos seguros, se genera un subsidio hacia el otro que no utilizó (Informe de Cadenas de Valor, 2016).

comúnmente PAMI. (Consejo Federal de Salud (COFESA), 2004). Además, en datos totales actuales existen 10.431 establecimientos públicos y 14.083 establecimientos privados⁵ (Informe Cadenas de Valor, 2016). Se manifiesta así la alta dispersión de los subsectores del sistema, y las demás características ya expresadas.

Cabe destacar que el sector público de salud, se financia con recursos que provienen de la recaudación impositiva nacional, provincial y municipal. La Nación distribuye fondos a través de la coparticipación federal a las provincias. Por otra parte, el Estado nacional asigna recursos destinados a programas de promoción y acciones de regulación e investigación, en tanto que la atención médica en los centros de salud pública se realiza con el presupuesto provincial y, en menor medida, con recursos municipales (Informe de Cadenas de Valor, 2016).

Así pues, el sistema público se sustenta en el concepto de derecho del ciudadano, -a pesar que en nuestros países en muchos casos se podría constituir en un tipo de “beneficencia pública” (Pérez Irigoyen, 1989)-, su orientación es universalista, aunque cumple funciones destinadas a la atención de los más pobres. En tanto, la seguridad social se sustenta en la figura del beneficiario/contribuyente y la atención privada en la capacidad adquisitiva del individuo para acceder al mercado de servicios de salud (Pérez Irigoyen, 1989). El siguiente cuadro sintetiza las modalidades de acceso y orientación de los Subsectores:

Cuadro N° 2.1. Formas de acceso y Orientación de los Subsectores de Salud

Subsector de salud	Forma de acceso	Orientación
Público	Derechos de ciudadanía	Universalista
Obras Sociales	Contribuyente	Particularista
Privado	Capacidad adquisitiva	Particularista

Fuente: Elaboración propia en base Isuani y Mercier (1988) y Pérez Irigoyen (1989)

Una de las formas de dimensionar una política pública es a través de la magnitud del gasto asignado a la misma. El indicador de uso más frecuente es GPS/PBI (Gasto

⁵ Situados ambos en un alto porcentaje en Ciudad y Provincia de Buenos Aires, las que concentran el 46,37% de la población total del país (Censo Nacional 2010, INDEC).

Público Social como cociente del Producto Bruto Interno), dado que revela la “prioridad macroeconómica” que se asigna al Gasto Social en cada caso, bajo el supuesto de que a mayor gasto mayor nivel de bienestar de la población (Barbeito, 1998). En el mismo sentido el indicador de GPS por habitante. Sin embargo, es necesario precisar que estos indicadores se muestran independientemente de otros parámetros económico-sociales, por lo cual resultan en modos simplificados de análisis, aunque posibilita la comparación a nivel internacional.

Según Pedraza (2013), si se toma el Gasto Total en Salud⁶ como porcentaje del PBI oscila alrededor del 8%. El Gasto en Salud per cápita alcanzó en 2010 los S\$D 1.287 con tendencia a la baja a partir de ese año. Sin embargo, en el período 1995-2010 ha sido el más alto de los países del Mercosur, seguido por Uruguay.

Según el Ministerio de Economía de la Nación⁷ se puede verificar que entre los años 2003 al 2009 el Gasto Público Consolidado en Salud (Nación y Provincias) creció del 3,96 % al 5,87% del PBI y entre 2010 y 2015 pasó de 5,7% a 7,1% del PBI, lo que demuestra un aumento sostenido en todo el período. Ahora bien, el estado aporta el 35% del Gasto Público total en salud, el resto los demás subsectores (Diario de Madryn 20/12/17)⁸.

Sin embargo, las mayores erogaciones la realizan las provincias (en razón de estar descentralizada la función), donde el promedio del gasto en salud no representa más del 13% del Gasto Público Total (PNUD, 2010), siendo diferentes los esfuerzos financieros que realizan las provincias en este sector, lo que profundiza las desigualdades y la inequidad (Repetto y Dal Masetto, 2012).

Como se ha expresado, en este estudio se aborda exclusivamente el subsector público de salud, específicamente en la Atención Primaria de la Salud (APS). En el siguiente apartado se aborda su conceptualización en general, la experiencia histórica en Argentina y en particular la Provincia de San Luis.

⁶ Incluye sector público y sector privado

⁷ Existe marcada variación en los datos según la fuente de información y tipos de gastos considerados, por ejemplo, GPT (Gasto Público Total), GPC (Gasto público Consolidado), etc.

⁸ En este tema es importante destacar la composición del gasto, vale preguntarse cuál es el verdadero aporte que realiza el Estado en sus diferentes niveles y cuál es la eficiencia y eficacia del mismo⁸, es decir, cuánto le llega al ciudadano. Los enfoques varían si se trata de economistas o sanitaristas, estos últimos se inclinan más por los resultados que por los costos, lo que constituye un debate irresuelto en Argentina. Lo cierto es que, si bien Argentina posee la mayor inversión en salud de la Región, existen alrededor de 17 millones de personas que no poseen cobertura y el Estado (Nación, Provincia y Municipios) aporta el 35% del Gasto Público Total en salud y el resto los demás subsectores.

2.1.2. La atención primaria de la salud.

La Organización Mundial de la Salud⁹ (1958) definió la salud *como el completo estado de bienestar físico, mental y social*, superando de esta forma la idea de simple ausencia de enfermedad (Mazzáfero, 1987) y la Atención Primaria de la Salud como estrategia para lograrlo, a continuación, se ve más detenidamente en que consiste

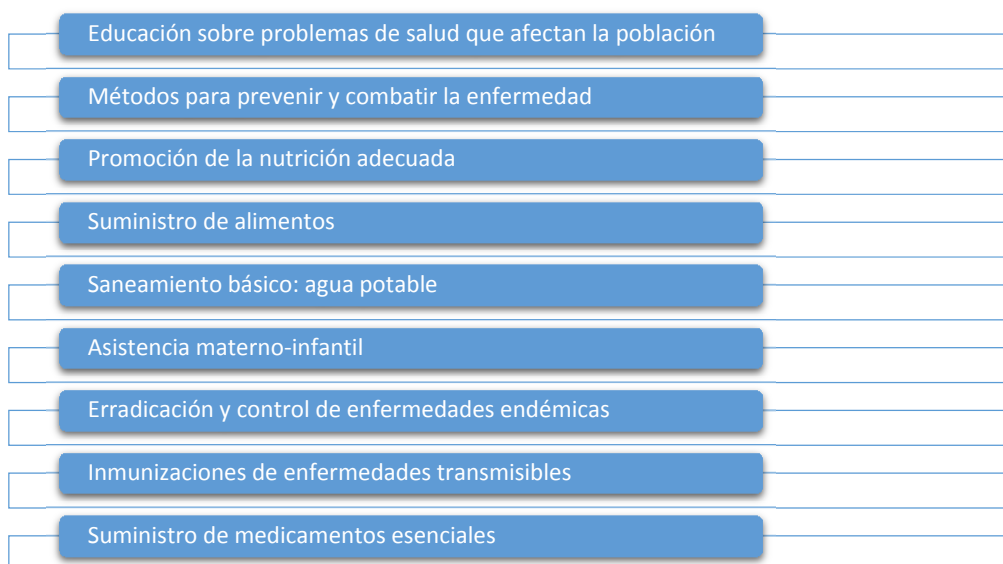
2.1.2.1. ¿Qué es la atención primaria de la salud?

En la Conferencia Internacional sobre atención primaria de la Salud, un evento organizado por la OMS y que tenía por objetivo delimitar la modalidad para conseguir ‘salud para todas las personas en el año 2000’, se declara que la Atención Primaria de la Salud deberá ser la estrategia para lograr un nivel de salud de la población que le permita un desarrollo económico y social (Alma-Ata, 1978), la que ha sido conceptualizada “como un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable” (Mazzáfero, 1987:87), de tal manera que resulte aceptable y adaptada a sus recursos y con participación de los mismos. Esto implicaría la cobertura para el conjunto de la población de una región determinada. Las características principales son: a) ser el primer contacto de las personas con el sistema de salud y b) debe ser llevado tan cerca como sea posible al lugar de residencia y trabajo de la población. (Mazzáfero, 1987).

En general la APS desarrolla actuaciones orientadas a la prevención (mediante la educación comunitaria, la inmunización, la nutrición) a la promoción (atendiendo a la población materno infantil, controlando las enfermedades endémicas, etc.) y al saneamiento del medio ambiente. Más concretamente se pueden observar los aspectos mínimos que contempla la APS en el siguiente cuadro:

⁹ En adelante OMS

Cuadro N° 2.2. Aspectos que abarca la Atención Primaria de la Salud (APS)



Fuente: Elaboración propia en base a Mazzáfero (1987)

Como se puede deducir del cuadro anterior se requiere de acciones coordinadas de políticas en casi todos los campos de actividad del Estado, tanto a nivel funcional como interjurisdiccional, que posibiliten un desarrollo humano integral.

Para completar el esquema de atención de la salud, la APS (primer escalón del sistema formal)¹⁰ debe tener un soporte organizacional (hospitales y centros especializados) lo que implica contar con niveles crecientes de complejidad hasta llegar a la atención con mayor tecnología especializada (Mazzáfero, 1987).

2.1.2.2. ¿Cuáles son las principales líneas estratégicas para Argentina?

Para profundizar en el análisis de la APS cabe destacar que el devenir histórico de Argentina en la etapa post descentralización (ver Anexo I), ha sido crítico tanto en lo económico como en lo social. Tal como afirman Stolkiner, Comes y Galbus (2011), luego de la crisis política e institucional de 2001¹¹ se revitalizó la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el país, pero, como efecto de las reformas neoliberales, la APS

¹⁰ Según Mazzafero (1987), el primer nivel se ubica en la familia del individuo.

¹¹ En un marco de deslegitimación de los discursos neoliberales y de inicios de un crecimiento económico sostenido, (Stolkiner, et al, 2011).

tendió a tomar la forma de programas focalizados, considerando que existen otras modalidades que esta puede asumir.

Además, Argentina se caracterizó, a diferencia de otras experiencias latinoamericanas, en que la atención primaria en el subsector público se realizó tanto en establecimientos con esa finalidad (dispensarios, hospitales de baja complejidad) como en hospitales de alta complejidad (Di Gropello, y Cominetti, 1998). Esto implica que no ha habido una organización clara del sistema de APS en el país.

Lo que se podría llamar la nueva etapa de la APS en el país, que podemos situar a partir de 2003, estuvo sustentada en dos pilares: a) las causas fundamentales de la salud, definidas por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (OMS) y b) su valoración como derecho humano (Stolkiner *et al*, 2011). Todo ello enmarcado en un nuevo contexto histórico tanto nacional como internacional.¹² Esta etapa de reconstrucción del Estado Nacional (post reforma) se traduce en mayores intervenciones en lo económico y en lo social, configurando en este caso una institucionalidad diferente en relación a las políticas sociales, a partir de la mayor injerencia del gobierno nacional en territorios provinciales y locales. (Rouquaud, *et al*, 2010). Sin embargo, en salud las medidas no lograron modificar la estructura básica del sistema (Stolkiner, *et al*, 2011), ni sus características originarias. Aun así, caben destacar dos actuaciones de relevancia, ya sea por el impacto en la población en términos de atención sanitaria o ya sea por el efecto en la estructura del sistema; estas son a) la universalización del acceso a medicamentos y b) la creación una estructura de coordinación.

En cuanto a la primera, en 2002, y en el marco de la declaración de emergencia sanitaria nacional, el gobierno nacional convierte el Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud (PROAPS), financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en PROAPS-REMEDIAR el cual garantizaba el acceso gratuito de medicamentos a la población con cobertura únicamente estatal y desde entonces hasta la actualidad se realiza en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Este programa fue el eje articulador de las políticas posteriores en esta etapa (Stolkiner, *et al*, 2011).

¹² A partir de 2003 se inicia una etapa de recuperación institucional y económica donde se registra un incremento del PBI del 8% anual (Stolkiner, *et al*, 2011) propiciado por los altos precios de productos primarios nivel internacional, especialmente agropecuarios, que acompañados por otras situaciones a nivel mundial lograron el mayor crecimiento de la Argentina, sufriendo un descenso en los años 2008 y 2009 producto de la crisis internacional.

Otra de las medidas fue la recreación institucional del Consejo Federal de Salud, (COFESA) que devolvió protagonismo al sector y estuvo integrado por autoridades nacionales y los Ministros de Salud de todas las jurisdicciones provinciales, materializando así la relación nación-provincias y provincias-municipios¹³.

Aun así, algunos estudios destacan que la génesis de las dificultades del sector está relacionada con la inexistencia de una definición oficial sobre APS, en particular, y, en general, con que los discursos no concuerdan con las prácticas (Stolkiner, *et al*, 2011); incluso se carece todavía de normativas que definan claramente las bases del sistema de salud del país -aun cuando entre 2003 y 2007 se avanzó en el diseño de estrategias concretas- (Repetto y Dal Masetto, 2012) .

Además de la debilidad normativa (sea por escases o discordancia) no cabe duda que la multiplicidad de instituciones e intereses en pugna supone una sobrecarga con dudosos resultados (Stolkiner *et al*, 2011)¹⁴. Así pues, los actores en pugna por la definición de esta política son: las corporaciones profesionales, las cámaras de prestadores privados y el poder sindical ligado a las Obras Sociales, los cuales en palabras de Belmartino (1999) configuraron un “pacto corporativo” que produjo “una historia de bloqueos” de las políticas de salud. Otro actor de peso ha sido la Iglesia Católica con intervenciones en el sector.

Otros estudios destacan los déficits de la cultura ‘hospitalocéntrica’ del sistema, centrada en la atención de la enfermedad y motor a su vez de alto gasto en medicamentos y tecnología, ello ha supuesto un obstáculo para la APS, al tiempo que ha condicionado la formación de recursos humanos (Stolkiner *et al*, 2011).

Así pues, el sector público de salud se ha deteriorado en forma creciente con el paso del tiempo, o incluso nunca tuvo el vigor esperado, y la transferencia de la administración de los hospitales públicos a las provincias -sobre todo las más pobres- agravó la situación¹⁵, lo que generó dos problemas: a) la pérdida de calidad del servicio, por la baja inversión pública y la sobredemanda de la población; y b) la heterogeneidad de la atención sanitaria, en función de las disímiles capacidades

¹³ Según las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.

¹⁴ En este sentido, tal como se describió en el Anexo I en el país ha habido siempre una puja de actores, que, en defensa de intereses corporativos, verían como una amenaza el cambio de la atención centrada en la enfermedad a la de promoción y prevención de la salud (APS).

¹⁵ En la etapa posterior a la descentralización de los noventa, (ver Anexo I). Además del desfinanciamiento y deficitario manejo de recursos de las provincias, debe destacarse el casi nulo impacto de la gestión de los organismos de coordinación nacional. (Rouquaud, 2010).

instaladas en cada provincia y/o municipio (Repetto y Dal Massetto 2012). En el mismo sentido cabe pensar que la combinación entre el federalismo y descentralización (de los '90s) impidió implementar una política de Estado que pudiera garantizar igualdad de derechos, en consecuencia, el resultado fue un incremento en las desigualdades tanto geográficas como sociales. (Stolkiner *et al*, 2011).

En definitiva, a nivel institucional se refleja una puja de intereses y contradicciones (Stolkiner *et al*, 2011), que ha supuesto la incapacidad de lograr una Ley Nacional de Salud, aunque sí leyes parciales, que regulen a la totalidad del sistema¹⁶, lo que indica las dificultades del gobierno nacional para imponer normativas en los otros subsectores. Por lo tanto, el mayor impacto del Ministerio Nacional en la implementación de la APS es en el subsector estatal donde los beneficiarios, en general no cuentan con otra cobertura, sin lograr producir cambios estructurales en el sistema.

2.1.3. La Política de Salud en San Luis

Se ha indicado con antelación, que el sistema de salud en argentina presenta un nivel de complejidad elevado en razón de la convivencia de diversos subsistemas, no excluyentes y la diversidad de actores intervinientes. En todo caso el sector público de salud, donde se ha desarrollado la política de Atención Primaria de la Salud, es competencia de las provincias, de allí el interés por revisar los rasgos que caracterizan la política de salud en San Luis, tanto en cuanto a estructura organizativa como en lo que respecta al desarrollo de la APS como política provincial.

2.1.3.1. Composición del sector de salud en San Luis

Como se ha expresado en el apartado anterior, la salud pública en Argentina aparecería como subsector residual en contextos de pleno empleo, dado que el acceso al bienestar está dado por el empleo lo que posibilita, a su vez, el acceso a las Obras Sociales (Seguridad Social). Sin embargo, al cambiar ese contexto, después de las

¹⁶ A tal punto que la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación creó la figura del "Defensor del Beneficiario"

sucesivas crisis económicas del país y de San Luis en particular, se produce desocupación, subocupación o economías sumergidas por lo que grandes masas de población deben ser atendidas en los establecimientos públicos, lo que implicaría para el gobierno provincial reforzar los recursos de salud y de centros asistenciales. De acuerdo al Censo Nacional 2010 (INDEC), la población potencial a ser atendida por el subsector público sería del 41,8% contabilizando a quienes no tienen otras coberturas (obra social o prepaga) y aquellas personas cuyo ingreso principal corresponde a planes asistenciales o transferencias condicionadas tanto de políticas provinciales o nacionales.

De acuerdo al análisis realizado por la Dirección Provincial de Estadísticas y Censos de la Provincia de San Luis (2011), de los grupos con cobertura según edad, la población que más ha aumentado es la mayor de 65 años¹⁷ y los más desprotegidos son los niños del grupo de edad **de 0 a 14 años** que representan el **47,1%** del total sin cobertura.

Si se comparan estos Indicadores con las provincias vecinas y el nivel nacional, los resultados se ven en la siguiente tabla:

Tabla N° 2.1. Cuadro Comparativo en % según Tipos de Cobertura en San Luis, Región Cuyo y Nivel Nacional

Tipos de Cobertura	Región Cuyo	San Luis	Nivel Nacional
Obra social	47,1	47,20	46,41
Prepaga	8,53	8,32	10,57
Contratación voluntaria	2,69	2,57	5,12
Programas y planes estatales	1,98	2,26 ¹⁸	1,82
Cobertura pública exclusivamente	39,68	39,64	36,08
Totales	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo Nacional 2010. INDEC

¹⁷ Este grupo de edad posee por opción la cobertura que brinda el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), a través de su Programa de Atención Médica Integral (PAMI), y desde los 70 años en adelante sin ningún aporte personal, a aquellas personas que no lo tuvieran.

¹⁸ En San Luis las personas beneficiarias del Plan de Inclusión Social (provincial), tienen cobertura de la Obra Social de los empleados públicos, sin realizar ningún aporte.

Puede observarse que, si bien no se dan saltos relativos importantes en las poblaciones que no poseen cobertura, (No tiene Obra Social + Programas y Planes sociales) la Región Cuyo y San Luis presentan un porcentaje mayor que el nivel nacional, que es de 36,08%. De acuerdo a lo expresado en párrafo anterior, se puede inferir que esto se debería a la mayor desocupación o empleo informal.

2.1.3.2. Atención Primaria de la Salud Pública en la Provincia

La provincia de San Luis ha seguido el derrotero nacional y subnacional en el tema de salud como se ha expresado anteriormente.

En el período 2011-2015 el gobierno provincial instala nuevamente el Sistema de Atención Primaria de la Salud en la provincia, que se concreta en la Ley de Ministerios¹⁹ N° V-0789/2011, donde se crea el Ministerio de Salud y se define como política y estrategia la Atención Primaria de la Salud, razón por la cual este estudio abarca ese período.

Para implementar la política se conforma una nueva estructura en general para los Ministerios del Poder Ejecutivo Provincial, en particular el Decreto 21/2011, establece la estructura orgánico-funcional del Ministerio de Salud de la Provincia, las dependencias y funciones de cada uno. Allí, se crea la Jefatura de Coordinación de Promoción de Políticas Sanitarias, de la que depende el Programa de Atención Primaria de la Salud y las sub-dependencias: Área de Atención Primaria de la Salud Departamento Juan Martín de Pueyrredón (Capital) y Área de Atención Primaria de la Salud Departamento Pedernera, entre otras.

En Anexo IV se grafica el organigrama de acuerdo al decreto mencionado, donde establece la estructura formal del área y sus distintas dependencias. En términos de implementación de políticas implica la asignación de recursos tanto humanos, materiales y organizativos para llevar a cabo una política. Aunque allí se puede observar una gran sobrecarga funcional para la Jefatura, que quizás hubiese requerido se eleve a nivel de Secretaría y mejorar así dicha estructura. No obstante, se ha incorporado la función de APS al esquema organizativo de la Salud provincial

¹⁹ En Argentina se denominan Ministerios a las estructuras superiores de la organización pública, y se distinguen por su territorialidad, sea nacional o provincial.

implicando el grado de importancia que se le otorga, aspecto que no se verifica en anteriores estructuras del sector.

En el mencionado Decreto se establece para la Jefatura de Promoción de Políticas Sanitarias como primera función-objetivo:

“Definir como política y estrategia fundamental del Ministerio, la Atención Primaria de la Salud, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fijando una política sanitaria basada en la equidad, la justicia social, el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, en especial los de menores recursos, integrando a los otros subsectores sanitarios, el privado y las obras sociales” (Punto 1.6.a).

Durante el período mencionado se sancionó mediante Ley N° III-0880-2014 (y se promulgó por Decreto 3991/14) titulada Ley General de Salud, que contiene el Plan Maestro de Salud 2014-2025, el cual se fundamenta en principios de justicia y derechos individuales y sociales a la salud, y se sustenta en valores como: universalidad, solidaridad y equidad (Art. 1.a.), entre muchos más y contempla la participación ciudadana. Además, establece objetivos, metas y criterios de evaluación. El Plan desarrolla un abordaje completo y complejo de la problemática de la salud en la provincia²⁰.

Asimismo, y bajo la dependencia de dicha Jefatura, se crea el Programa de Atención Primaria de la Salud cuyo objetivo general es:

“Implementar y mejorar la estrategia de Atención Primaria, para que permita generar un cambio cualicuantitativo en el primer nivel de atención, promoviendo el trabajo en equipo interdisciplinario, integrando redes intra e intersectoriales, estimulando la participación comunitaria, planificando estrategias de promoción, prevención y protección de la salud, para elevar la calidad de vida de la comunidad sanluisense brindando mejor accesibilidad al sistema de salud, estimulando comportamientos salugénicos y saludables, promoviendo la cultura y el capital social; todas éstas condiciones favorables y esenciales de la salud pública” (Ministerio de Salud: <http://www.salud.sanluis.gov.ar/>)²¹

²⁰ A fines de 2015 gana en las elecciones generales Alberto Rodríguez Saa, con lo cual este Plan y otros proyectos quedan trunca por el imperativo de imponer otras políticas coherentes con el proyecto político que se propone.

²¹ Información de la web del Ministerio de Salud de la Provincia (consulta realizada febrero-marzo de 2015). La misma ya no se encuentra debido al cambio de gobierno y de política.

También se establecen objetivos específicos, tales como: brindar educación sanitaria a la población; diseñar, coordinar y evaluar las medidas de promoción integral de la salud, con participación comunitaria; coordinación funcional a través del trabajo interinstitucional; acciones de integración con provincias vecinas; acciones contra endemias regionales y nuevas patologías sociales; elaborar programas contra las enfermedades infectocontagiosas transmisibles, así como las adicciones, alcoholismo, la violencia familiar y social, coordinando acciones con el Programa Salud Mental; promover la salud psicofísica y social tanto de individuos como de poblaciones²².

Si bien se constató que la información disponible respecto a los objetivos de la política presenta cierta confusión entre objetivos, datos del diagnóstico y la declaración de principios que se establecieron en el Plan Maestro de Salud 2014-2025, Ley N° III-0880-2014, resulta importante dado que posibilitó conocer los objetivos expresados de la política²³.

Para alcanzar estos objetivos el programa se plantea como principio rector la cobertura universal en función de las necesidades de la comunidad y la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

Se puede observar que el objetivo general del Programa de Atención Primaria, encaja en los lineamientos generales y conceptuales concebidos para esta estrategia de prevención de la salud, expresados más arriba. La Ley madre mencionada fue complementada por el “Plan San Luis, saludable” cuyo objetivo apunta a prevenir enfermedades crónicas no transmisibles a través de fomentar la actividad física, disminuir el consumo de alimentos perjudiciales, en ese marco se realizaron actividades estatales de promoción de la salud (por ejemplo: caminatas saludables, plan Tubi (tu bicicleta), etc.)²⁴. Asimismo, se creó un Consejo Interministerial para coordinar actividades relacionadas²⁵.

En general del análisis de la Ley N° III-0880-2014, Plan Maestro de Salud 2014-

²² Información de la web del Ministerio de Salud de la Provincia (consulta realizada febrero-marzo de 2015).

²³ Importa aclarar que esta información fue utilizada para la elaboración del instrumento de recolección de datos de este estudio.

²⁴ Notas de la Agencia de Noticias San Luis: <http://agenciasanluis.com/notas/2015/11/16/poggi-el-plan-tubi-es-transversal-abarca-el-medioambiente-la-educacion-la-salud-y-el-trabajo/>; <http://agenciasanluis.com/notas/2015/11/28/los-vecinos-del-barrio-pucara-tuvieron-una-tarde-deportiva-con-actitud-saludable/>. Cabe destacar que estas actividades también se enmarcaron en la campaña electoral, pero focalizando en temas de salud.

²⁵ Como creación de plazas saludables, con aparatos para realizar ejercicios físicos, distribuidos en diferentes ciudades y localidades de la provincia. www.abcnoticias-sl.com/news/poggi-presento-el-plan-san-luis-actitud-saludable/ de fecha 29/05/2014.

2025, se puede observar que se apuesta por una estrategia operativa que tiene en cuenta a la comunidad como agente activo en el proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y procura involucrar a diferentes agentes sociales (otras organizaciones de salud, agencias sociales) así como las organizaciones comunitarias. Ello va en sintonía con la necesidad de cambios de hábitos que posibiliten cambios culturales²⁶, para asegurar la implantación de la APS, y con ello disminuir las enfermedades, de acuerdo a lo expresado anteriormente. En concreto en el plan se esboza *‘organización y participación de la comunidad para asegurar el derecho de la salud y las estrategias de promoción y prevención en el cuidado de la misma’*; así como *‘Acción intersectorial entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios’*.

Sin embargo, un cambio tan radical como supone la APS en este contexto, no sólo en la estructura de las instituciones de salud pública, que implica reforzar y equipar los hospitales y centros de APS, sino también en los hábitos de la comunidad, que implica contar normativas e instituciones sociales para realizar otras adecuaciones, sólo pueden conseguirse en el largo plazo, otorgando una continuidad en las acciones²⁷.

Finalmente, el Programa plantea la necesidad de apostar por una estrategia que tenga en cuenta: a) el desarrollo de tecnologías apropiadas en función de los recursos disponibles y la búsqueda de la equidad; b) la eficiencia y c) la eficacia. Así pues, el Programa establece los objetivos, la estructura y los procesos prestacionales del primer nivel de atención, para formar un sistema integrado de salud.

Por otra parte, como se expresó en apartado anterior, los antecedentes a nivel nacional fracasaron al intentar incluir a los otros subsectores (Privado y Obras Sociales), pues ven como una amenaza a su subsistencia el cambio propuesto, con lo cual estos cambios sólo afectaron al sector público, de la misma manera ocurrió en el caso de San Luis²⁸. Si a eso le sumamos, que también hubo resistencia interna, por parte de los médicos de los hospitales centrales, que sintieron que la priorización de la

²⁶ La propia estrategia de APS incluye cambios, donde la participación comunitaria es esencial para lograr las transformaciones culturales necesarias para su desarrollo, que se basan en la educación y adquisición de nuevos hábitos saludables por la población, por lo cual requiere de acciones conjuntas con otros organismos estatales.

²⁷ En este aspecto puede observarse que las acciones estatales se concentraron en los años 2014-2015, cuando finalizaba el mandato del gobernador Poggi.

²⁸ Se puede observar que la Ley de APS (Plan Maestro de Salud 2014-2015) incluye a los otros subsectores, pero no se encontraron acciones estatales en ese aspecto.

política de APS, podría afectar los recursos (y hasta la clientela) para sus instituciones²⁹ entre otros reclamos.

Además de aquellos aspectos que destacan los instrumentos normativos, no se han encontrado otros que viabilicen y complementen su implantación, en términos, por ejemplo, de algunas restricciones tendientes a cambiar la cultura “hospitalocéntrica” predominante³⁰ en la población.

La prioridad política en la asignación de recursos al sector se visibiliza por el aumento presupuestario creciente (de un 11% a un 13% en el período de gobierno). Hubo adquisición de equipamiento para centros de salud y hospitales. En 2015, según la Agencia de Noticias de San Luis³¹, se invirtió en tecnología y recursos para cumplir estos fines.

En cuanto a infraestructura para la Atención Primaria se contaba en 2014, con 115 Centros de Salud, 22 hospitales con internación, 6 hospitales sin internación y 26 centros periféricos (entre la ciudad Capital y la ciudad de Villa Mercedes) de acuerdo a Mapa N° 1, distribuidos en las siete Zonas Sanitarias creadas al efecto. Ello supone que, de media, tomando la totalidad de centros y hospitales de APS (169) cada centro de atención primaria cubre, potencialmente, a 1.062 habitantes que no poseen otra cobertura médica (Censo Nacional 2010) y son los que se atenderían en estos centros. Si se compara con el nivel nacional, se contaba en total con 10.431 establecimientos públicos (Informe Cadenas de Valor, 2016) para atender a 14.314.682 personas (Censo Nacional 2010), sin cobertura médico-asistencial, lo que daría una media de 1.372 habitantes, se muestra así, que San Luis estaba por debajo de la media nacional. Sin embargo, según declaraciones del Ministro de Salud de la Provincia, más del 70% de la población se vuelca al sistema público, debido a que uno de los ejes problemáticos del sistema provincial es la “débil estructura del sector privado”³², lo cual redundaría en la existencia de una sobredemanda en el subsector público. En relación a la estructura global del sistema público, es decir los niveles de mayor complejidad (secundario y terciario) que requieren de las especializaciones médicas y mayor tecnología, estaría representada por los Hospitales Regionales de San Luis y Villa Mercedes. Sin embargo,

²⁹ Entrevistas a dirigentes gremiales de la Asociación de Profesionales y Técnicos de la Salud (APTS) de la Provincia de San Luis, en Villa Mercedes. (febrero-marzo 2015).

³⁰ Por ejemplo, asistir primero al médico generalista y que éste lo derive al especialista.

³¹ <http://agenciasanluis.com/notas/2015/07/20/poggi-reconozco-la-tarea-del-trabajador-de-la-salud-publica/>

³² Discurso del Ministro de Salud de la provincia en http://www.fefara.org.ar/files/Gaston_Hissa.pdf

las protestas y denuncias por falta de insumos y de médicos especialistas en hospitales regionales³³, realizadas por el gremio de profesionales y técnicos de la salud pública pondrían en duda la existencia de tales niveles.

Esta infraestructura está distribuida en la provincia en las siete Zonas Sanitarias que se redefinieron para organizar el sistema de Atención Primaria de la Salud concebido en el Plan Maestro de Salud. De acuerdo a información recabada en este estudio³⁴ dado que no se dio información oficial sobre la cantidad de médicos y enfermeras³⁵, se pudo constatar que el número de médicos de APS (exclusivamente) era de 200 en 2015. En cuanto a la cantidad de enfermeras no se obtuvo la información, pero se conoce que era muy escaso.

Por otra parte, es notable que en el interior de la provincia es muy difícil radicar profesionales médicos, por ejemplo, en la Zona 1 (una de las más carenciadas) no se cuenta con médicos en 21 Consultorios Periféricos (va un médico de un Hospital de la zona cada 15 o 30 días), lo mismo ocurre en varias zonas alejadas de los centros más poblados, lo cual muestra gran dificultad para lograr una cantidad de profesionales adecuada.

En cuanto a la dotación de recursos económico-financieros, si bien se ha afirmado que en esta etapa fue mayor el incremento presupuestario, la modalidad de asignación y entrega de equipamientos, se produjo en acto público y con participación personal del gobernador³⁶, tal como suele procederse en regímenes de dominación patrimonialista.

³³ http://www.diarioimpulso.com.ar/noticia_2898_LA-SALUD-DURANTE-EL-GOBIERNO-DE-POGGI-EN-UNA-CARTA-ABIERTA-QUE-LE-ENVIO-LA-APTS-QUE-NUNCA-FUE-ATENDIDA.html

³⁴ Entrevista a Jefa Administrativa de Oficina de Medicina del Interior en noviembre de 2015 y a las Coordinadoras de APS San Luis y Villa Mercedes, en diciembre 2015.

³⁵ Esta información fue solicitada formalmente mediante dos notas al Ministro de Salud, que no fue respondida, por lo que los datos fueron relevados mediante distintas entrevistas al personal de ese ministerio.

³⁶ Tal como se puede observar en nota <http://agenciasanluis.com/notas/2015/07/20/poggi-reconozco-la-tarea-del-trabajador-de-la-salud-publica/>

[illegible]

Del total del presupuesto asignado a salud en 2015 (13% del total de Gastos Sociales), el mayor del período, se puede verificar que, del total establecido para el Ministerio de Salud, a la Jefatura de Coordinación de Promoción de Políticas Sanitarias se asignó un 11,30%, del cual el 91,20% se destinó a los programas específicos de APS (Coordinación Políticas Sanitarias, APS Capital, V. Mercedes y Hospitales de referencia de dichas localidades). Asimismo, se asignó a programas relacionados como el de Salud Materno-infantil: 2,46%; Programa de Epidemiología y Bioestadística: 7,75% y a Medicina del Interior: 18,76%, mostrando éste último la prioridad asignada a la problemática de salud del interior de la provincia, la más desprotegida.

Finalmente, para comprender el funcionamiento de una política pública es relevante conocer los mecanismos de reclutamiento de profesionales, este sentido cabe destacar que, en general, los médicos y técnicos están regidos por la Ley Nº III-0065-2004 (5554) de Carrera Sanitaria Provincial, que establece como modo de ingreso a la Carrera el “concurso abierto de antecedentes y oposición de acuerdo a las vacantes existentes”. A su vez, la ley prevé el bloqueo de título, los profesionales no pueden ejercer en ningún otro subsector, pero no se les reconoce aún pagos adicionales por ese concepto, por lo cual están reclamando desde hace varios años, tal

como consta en marchas de protesta realizadas y en Carta Abierta al Gobernador³⁷. Allí se denuncia la falta de médicos, el éxodo de los mismos por bajos salarios y otras reivindicaciones. Sin embargo, se ha constado de acuerdo a lo expresado por los médicos³⁸ que esta ley no se acata en todos los casos, dado que coexiste con otros mecanismos de ingresos al ejercicio profesional, por ejemplo, la designación directa, por contratos de tres a seis meses de duración, con re-designaciones desde hace muchos años, tal como se expresa en los datos de la encuesta de este estudio.

En síntesis, la provincia de San Luis cuenta con alto porcentaje de población cuya única cobertura sanitaria es superior a la media nacional, lo que da indicio de la importancia del sector público como agente proveedor de salud para esta jurisdicción. Por otro lado, a comienzos de la década la provincia implementa importantes reformas en temas de salud destacando la creación de una cartera propia para el sector y el desarrollo de un ambicioso Programa de Atención Primaria de la Salud, bajo cuyo paraguas se han desplegado una serie de estrategias e infraestructuras. Todo ello hace que la Atención Primaria de la Salud en la provincia de San Luis constituya un 'laboratorio' que ofrece elementos de interés para analizar la *Street Level Bureaucracy*. Pero, además, algunos factores del ambiente político añaden elementos que caracterizan el caso de estudio, de ello nos ocupamos en el apartado que sigue.

³⁷ http://www.diarioimpulso.com.ar/noticia_2898_LA-SALUD-DURANTE-EL-GOBIERNO-DE-POGGI-EN-UNA-CARTA-ABIERTA-QUE-LE-ENVIO-LA-APTS-QUE-NUNCA-FUE-ATENDIDA.html y también en <http://apts-sanluis.com.ar/v2/marcha-exitosa-de-los-profesionales-y-tecnicos-de-la-salud-aps/#more-216>

³⁸ En las entrevistas para realizar la encuesta.

2.2. EL “LOCAL” DE INVESTIGACIÓN: PERFILES DEMOGRÁFICOS Y FACTORES POLÍTICOS

En este apartado nos interesa aportar información respecto a las características particulares del caso de estudio, poniendo atención al contexto de la investigación, así pues, se focaliza en dos elementos que ilustran y perfilan el caso, la caracterización del local de investigación y los elementos del ambiente político que pudieran influir en las prácticas de los médicos de Atención Primaria de Salud.

2.2.1. Caracterización del ‘Local’ de Investigación

Para conocer el contexto en el que se ha desarrollado el estudio es necesario presentar, muy brevemente, algunos datos que nos aporte información acerca del perfil sociodemográfico de la provincia en la que se desarrolla el estudio, ello permitirá no sólo dibujar el ‘local’ de la investigación sino también realizar algunas inferencias respecto al ambiente socio-político, un elemento que en este estudio se considera como factor contextual.

2.2.1.1. Perfil sociodemográfico

San Luis es una provincia del interior del país, cuya población asciende a 432.310 habitantes, según el último Censo Nacional de 2010 (INDEC). Es la sexta provincia menos poblada y la séptima de menor densidad. En concreto San Luis posee el 1% del total de la población del país, tiene una densidad poblacional de menos de 6 habitantes por km², (una de las más bajas del país), muy inferior a la Región Cuyo (a la que pertenece) y del país. Sin embargo, presenta un mayor crecimiento intercensal

entre 2001 y 2010 que fue del 17,5%³⁹, tasa muy superior a de la Región Cuyo, (11,1%), y a la del país (10,6%) (DINREP, 2013). Tal como se puede observar en la siguiente Tabla:

Tabla N° 2.2. Población y Densidad San Luis, Región Cuyo y País

	Período	San Luis	Región Cuyo ⁽¹⁾	País
Densidad poblacional (hab/km ²)	2010	5,6	9,0	14,4
Crecimiento Intercensal (%)	2001-2010	17,5	11,1	10,6
Población Total (en miles) 2010		432	2.852	40.117

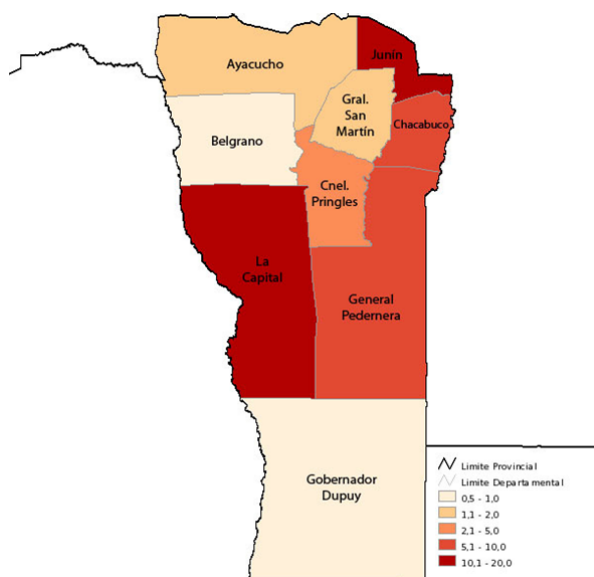
(1) La Región Cuyo comprende las provincias de: Mendoza, San Juan y San Luis.

Fuente: Informe Socio-Económico San Luis (2013) Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias (DINREP)

Asimismo, presenta una distribución de la población muy asimétrica, concentrándose en dos Departamentos: La Capital actualmente denominado Juan Martín de Pueyrredón, (con cabecera en la ciudad de San Luis) con 204.019 habitantes y General Pedernera (con cabecera en la ciudad de Villa Mercedes) con 125.899 habitantes, entre ambos alcanzan el 76% de la población total de la provincia. Los demás departamentos, excepto el Departamento Junín que ha tenido el mayor crecimiento intercensal, (42,7%), entre los Censos 2001-2010, por su desarrollo turístico, presentan muy baja población y a su vez dispersa (ver Mapa N° 1) en los denominados “parajes” lo cual plantea serios problemas para organizar la atención y el acceso al servicio de salud de los ciudadanos que allí habitan.

³⁹ Esto se debió a la Ley de Promoción Industrial de 1980 que generó empleos, atrajo población y a la sostenida construcción de viviendas sociales que inició la Provincia desde 1984 hasta la actualidad. Esta fue la causa de la gran inmigración interna y regional y del no surgimiento de viviendas precarias o villas miserias como se denomina en Argentina, en los polos industriales. (Rouquaud, 2012).

Mapa N° 2. San Luis. Densidad poblacional por departamentos (habitantes /km²)



Fuente: Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias DINREP, 2013.

Ahora bien, si tenemos en cuenta su distribución espacial puede observarse que ha evolucionado la composición de la población urbana y rural a lo largo de su historia. La población rural ha sido preponderante al menos hasta la década del 60 y es a partir de los 80 cuando esa relación se revierte progresivamente. De hecho, que el avance de urbanización registrado en los Censos de Población 1980 y 1991, fue el más rápido de los períodos analizados. La mayor urbanización se produjo por el proceso de radicación industrial que provocó el ingreso masivo de población de otras provincias y la migración interna desde áreas rurales. Este proceso se desaceleró, tal como lo muestra el Censo de Población 2010, y hubo un leve aumento de la población rural en la Provincia, debido en general a la disminución de la industrialización iniciada por la etapa promoción industrial. El último censo de 2010 registra que la población que reside en centros urbanos representa casi el 90% del total de población de la provincia. Al mismo tiempo, a nivel país se registró un 9,0% de población rural y en San Luis un 11,3%. (Informe Población Urbana Rural, 2013).

La población de la Provincia presenta una estructura según edades y sexo muy conveniente desde una perspectiva socioeconómica (posee una población económicamente activa mayor, en relación a la población de pasivos), si bien San Luis, a pesar de ser una provincia joven, tal como afirma el diagnóstico del Plan Maestro de

Salud 2014-2015, la población mayor de 65 años viene aumentando y se espera para las próximas décadas que este porcentaje se duplique y que disminuya considerablemente la proporción de personas menores de 15 años, lo cual impactará en el futuro en el sistema de salud, en los servicios de cuidados de los adultos mayores y en los sistemas de jubilaciones y pensiones(nacionales).

Una visión más completa de la composición de la población la proporciona la siguiente Tabla:

Tabla N° 2.3. Composición de la Población según edad y sexo San Luis totales

Población/años	Varones	%	Mujeres	%	TOTAL	%
0-14	61.035	28,6	59.431	27,14	120.466	27,87
15-64	136.124	63,8	138.051	63,06	274.175	63,42
65 y más	16.248	7,6	21.421	9,8	37.669	8,71
TOTALES	213.407	100	218.903	100	432.310	100

Fuente: Elaboración propia con datos INDEC Censo Nacional 2010.

Por otra parte, si se analizan comparativamente los índices de dependencia⁴⁰ potencial total y los índices de envejecimiento⁴¹ de San Luis, la Región y el nacional, los resultados se verifican en la siguiente Tabla:

Tabla N° 2.4. Índice de Dependencia Potencial y la Tasa de población de más de 65 años, Nacional, Región Cuyo y San Luis en %

	Dependencia Potencial	Población de 65 años y mas
Nacional	55,6	10,2
Región Cuyo	56,87	8,7
San Luis	57,70	8,7

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional de Población 2010. INDEC

⁴⁰ Este índice expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. Se calcula considerando el cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100. Su aumento sistemático implica para los Estados una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de edad.

⁴¹ Expresa la relación entre las personas de 65 años y más sobre el total de la población por cien.

Tal como puede observarse, San Luis posee un Índice de Dependencia Potencial Total cercano al de la Región Cuyo y al nivel nacional, mientras que la tasa de población con más de 65 años es igual al de la Región y menor que el nivel nacional.

En cuanto a las características socioeconómicas de la provincia, tomando de referencia el informe del Ministerio de Economía de la Nación⁴², para el período 2013 (foto del 4to. trimestre) como ejemplo cabe destacar que el mercado laboral de la Provincia es más reducido que en otras jurisdicciones, ya que su tasa de actividad⁴³ fue del 39,2%, la tercera más baja del país, presentando 6,4% menos que el valor nacional y 2,8% menos que el promedio regional. La desocupación, por su parte, fue del 1,3%⁴⁴ en dicho trimestre, fue una de las menores registradas en el país. La cantidad de puestos de trabajo en el sector privado formal fue de 59 mil, el 0,9% del total nacional, con una remuneración promedio de \$ 9.788, siendo levemente inferior al promedio del país, pero superior en un 11% al regional. Por su parte, el empleo en la Administración Pública (23 mil personas en 2013) es importante dado que equivale al 39% del empleo privado formal. A su vez, en el 3° trimestre de 2013, el grado de informalidad (37,3%) fue levemente superior al promedio regional y similar al valor nacional. (DINREP, 2013)

Por otra parte, según el mismo estudio el ingreso medio (\$ 2.272 en el 4° trimestre de 2013) fue un 17% por debajo del promedio nacional. Los indicadores de distribución del ingreso denotaron una mayor equidad respecto a la observada a nivel país. En efecto, San Luis se posicionó como la segunda provincia con mayor equidad después de La Rioja, lo cual se reflejó tanto a través del Coeficiente de Gini (0,353) como de la brecha de ingresos que fue 9,8 veces entre el primer y último decil, en tanto que para la media nacional esta relación fue de 17,6 veces. Esta situación revierte lo ocurrido en la década del noventa, durante el auge de la promoción industrial. Asimismo, se destaca el significativo descenso del nivel de pobreza registrado en los últimos años al pasar de niveles superiores al 60% en el 1° semestre de 2003 al 1,4% en el 1° semestre de 2013, registro este último que

⁴² http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/san_luis.pdf. Consulta realizada 3/12/15 y 10/12/15

⁴³ La Tasa de Actividad mide el nivel de actividad en el empleo de un país. Se calcula como el cociente entre la población activa (PA) y la población en edad de trabajar o mayor de 16 años multiplicado por 100.

⁴⁴ Aunque el informe citado no lo menciona, es importante destacar que dicho porcentaje surge de considerar como ocupados a quienes reciben planes sociales. Por ejemplo, en el 2° sem. 2006, se midió según la Encuesta Permanente de Hogares (antes de la intervención del INDEC): Desocupación 2%; Desocupación sin planes 22,2%. (Olguín, et al, 2009).

resultó el segundo más bajo del país, después de La Pampa. La indigencia, por su parte, fue del 0,3% en dicho semestre, uno de los registros más bajos del país, pueden considerarse ambos índices como efecto de los planes sociales (nacionales y provinciales⁴⁵).

El Índice de Desarrollo Humano, calculado para el año 2011 por el PNUD, ubica a San Luis en la 19° posición dentro de las 24 jurisdicciones. De acuerdo al índice de Desarrollo Ampliado (PNUD) años 1999/2000, San Luis se ubicaba en el lugar 12° lo que le otorgaba una posición favorable frente a otras provincias (Repetto y Dal Masetto (2004). Esto demuestra una fuerte caída de los indicadores en la etapa de crisis nacional y postindustrialización. En cuanto a los hogares con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), éstos alcanzaron en 2010 el 7,9% del total de hogares. Con relación al año 2001, se registró una caída de 5,1 puntos porcentuales, baja que resultó similar a la registrada en la región y en el total del país. Los 9 departamentos de la provincia computaron una reducción en el valor de este indicador entre esos años. De este modo, San Luis se ubicó como la 6° provincia con menor porcentaje de hogares con NBI en el país. (DINREP, 2013).

En relación al nivel educativo de la población, la tasa de analfabetismo alcanzó el 1,8% en 2010, porcentaje levemente inferior a los registrados en el promedio regional y nacional.

Sólo el 16,4% de la fuerza laboral urbana de San Luis tenía, en el tercer trimestre de 2013, el nivel de instrucción superior completo, proporción inferior a la de la región y a la del país. A su vez, casi el 58% de los trabajadores urbanos habían completado los estudios secundarios en dicho trimestre, superando levemente a la media nacional. (DINREP, 2013).

2.2.1.2. Indicadores de Sanidad

Finalmente, para dar cuenta del perfil sanitario de la población que forma parte del estudio, es relevante indagar en aspectos que permiten inferir niveles potenciales de higiene y protección general de enfermedades (Mazzáfero, 1987) para lo cual es

⁴⁵ A nivel provincial en 2003, se implementó el llamado Plan de Inclusión Social que en sus inicios incorporó a más de 40 mil personas, equivalente casi al 40% de la Población Económica Activa de la provincia. (Páez, et al, 2017).

relevante la información acerca de las condiciones sanitarias.

Así pues, cabe considerar la instalación sanitaria que posee la población del estudio, dado los efectos en la salud que podría tener no contar con ello. La Tabla siguiente muestra la situación por Departamento:

Tabla N°2.5. Provincia de San Luis. Población en viviendas por instalación sanitaria por departamento. Año 2010.

Departamento	Población en viviendas particulares	Falta de suministro de agua	
		% Sin descarga de agua o sin retrete	% de Hogares sin red pública de agua
Ayacucho	18.907	23,96	11,1
Belgrano	3.893	37,58	41,2
Chacabuco	20.632	10,44	6,2
Coronel Pringles	13.099	14,31	14,4
General Pedernera	125.276	8,92	5,9
Gobernador Dupuy	11.710	13,91	16,2
Junín	27.976	8,46	4,5
La Capital	202.294	6,20	1,1
Libertador General San Martín	4.699	52,90	64,1
Total Provincia	428.486	9,38	5,5

Fuente: Elaboración propia en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 INDEC y Dirección Provincial de Estadísticas y Censos San Luis. Informe 2011

Según el Censo Nacional 2010, el 90,62% de la población posee instalación sanitaria con descarga de agua, lo que posiciona a San Luis entre las 9 provincias con la ratio más elevado, aunque es notable cuando se analiza por Departamento dado que allí es donde se reflejan las asimetrías, siendo la más importante el Departamento General San Martín con un 52,90% sin descarga de agua o sin retrete, le sigue el Departamento Belgrano con 37,58% y el Departamento Ayacucho con 23,96%.

También puede observarse en relación a la provisión de red pública de agua, que, si bien el total de la provincia es de 94,5%, cuando se analizan los hogares por

departamentos, sin red de agua pública, se destaca el Departamento Libertador General San Martín con 64%, le siguen el Departamento Belgrano con 41 %, Departamento Dupuy con 16,2%, Coronel Pringles con 14,4% y Ayacucho con un 11,1%. Lo que implica que más del 50% de los departamentos de la provincia, no contaban en su totalidad con agua potable, a la fecha del Censo.

La postergación de estos Departamentos también puede verificarse en otros indicadores como los porcentajes de viviendas sin retrete (Tabla N°2.7).

En Anexo II de este Capítulo se incluyen los demás indicadores de salud más relacionados con la prevención y promoción que incluyen las acciones o políticas de APS.

En síntesis, el local de investigación se caracteriza, en su aspecto demográfico y sanitario, por presentar una densidad población entre las más bajas del país, situándose en el 4to grupo de provincias en relación a la densidad poblacional, característica que comparte con el grueso de la región Cuyo. Su pirámide población es altamente conveniente, producto en parte de los procesos migratorios que viene experimentando y de una tasa de adultos mayores que se encuentra entre las más bajas del país. En cuanto a los datos socioeconómicos, la provincia se ubica en una buena posición en el conjunto nacional, aunque con importantes desigualdades internas. Finalmente, en lo que respecta a indicadores de sanidad, los datos revelan que la provincia, en su conjunto, presenta buenas condiciones sanitarias, aunque la con una muy desigual distribución en el territorio. Cabe destacar que, en general, la mayor vulnerabilidad se detecta en los departamentos con menor densidad población como San Martín, Ayacucho, Belgrano y Dupuy, los cuatro con menos de 1.5 hab. por K2. Frente a las regiones provinciales con mayor densidad (entre 8 y 16 habitantes por Km2) que es donde se observan los mejores indicadores socio demográficos y sanitarios (La Capital, Pedernera, Junín y Chacabuco).

2.2.2. El ambiente político del local de investigación.

Para terminar de caracterizar el caso de estudio cabe profundizar en algunos elementos característicos del ambiente político en el que se inscribe la política pública

en la que analizamos la SLB. En concreto una hipótesis que subyace en este trabajo es que el régimen político supone una variable contextual que explica singularidades de la SLBs, dado el diseño metodológico de este estudio, en concreto se trata del estudio de un caso, no es posible medir el efecto de esta variable al carecer de unidades de observación que permitan comparar contextos, o regímenes, diferentes. Sin embargo, se considera que el caso de estudio, la *Street Level Bureaucracy* en regímenes políticos de corte patrimonialista presenta singularidades que justifican su tratamiento. De allí que hayamos seleccionado la Provincia de San Luis para aplicar el estudio, dado que, en el contexto de Argentina, su régimen de dominación política ha sido largamente estudiado y caracterizado, de hecho, presenta rasgos claramente patrimonialistas como se verá más adelante.

Este ejercicio nos permitirá avanzar en el planteo de hipótesis de trabajo que profundicen en la relación existente entre la SLB y el régimen político en el que se desarrolla abonando al área de estudio de las políticas públicas y la burocracia.

En los próximos párrafos se caracteriza el régimen político de la provincia de San Luis.

2.2.2.1. La patrimonialización del estado provincial.

Difícilmente se pueda presentar, de modo acabado, las características de la provincia de San Luis obviando las particularidades del régimen político instalado desde principio de los ochenta y que, como lo demuestran numerosos estudios, tiene un impacto de relevancia en la cultura política de la sociedad (Trocello, 2004), Arias (2005), Rouquaud (2012).

Como se ha expresado en el Capítulo I, los procesos de patrimonialización han sido (y son) moneda corriente en América Latina y en Argentina en varias provincias, entre las cuales San Luis destaca por la existencia de combinaciones particulares entre patrimonialismo y desarrollismo⁴⁶ (Evans, 1996) lo que le otorga características singulares al caso. Al convertir la burocracia en fuente de empleo, al que se accede por

⁴⁶ Refiere a la categoría analítica que construyera Evans (1996), referidos a Estados Predatorios (aquellos que se apropian de todo el excedente) y Estados Desarrollistas (aquellos que, si bien extraen parte del excedente, brindan bienes colectivos), entendiendo para los casos latinoamericanos una combinación de ambos tipos.

mecanismos basados en relaciones personales (clientelares y prebendarias) más que en la idoneidad, se genera un aparato ineficiente, -pero funcional al régimen- que para superarlo debe crear “reductos de eficiencia” (Evans, 1996) para obtener algunos resultados; ello se produce sin poder superar la segmentación y fragmentación burocrática, lo que redundará en una dificultad para ejecutar políticas públicas, beneficiando de esta manera el manejo personalista.

El inicio del período democrático en Argentina, lleva al gobierno de la provincia a Adolfo Rodríguez Saá⁴⁷, por el Partido Justicialista, quien accede en 1983, con el 40,5 % de los votos y fue reelegido por cinco veces consecutivas, previa reforma constitucional en 1994, donde se otorgaba reelección indefinida.

En 1993 el justicialismo⁴⁸ provincial, ya se denomina “adolfismo”⁴⁹ y posee mayoría en la Cámara de Diputados, unanimidad en el Senado y el control de los municipios de San Luis y Villa Mercedes.

Desde 2003 y hasta 2011 (dos períodos consecutivos) lo sucede en la gobernación de la Provincia su hermano Alberto. Así pues, desde 1983 a 2011 gobernaron dos miembros de la misma familia⁵⁰. Esta dinámica de alternancia entre ‘los Rodríguez Saa’ sólo ha sido rota por un período muy corto de Alicia Lemme⁵¹ (vicegobernadora) que asume la gobernación por renuncia de Adolfo⁵² (a fines del 2001 hasta 2003) y entre 2011 a 2015, Claudio Poggi que gana las elecciones, -quien fuera uno de los “confiables” de los últimos gobiernos de Adolfo Rodríguez Saa- como candidato designado por la propia familia gobernante y con un programa de continuidad⁵³. En este contexto era esperable que el “sucesor” reprodujera las políticas seguidas por la provincia en los gobiernos anteriores. Si bien en muchos

⁴⁷ Descendiente de aquellas familias que se instituyeron en el poder de la provincia en el siglo pasado, de tendencia conservadora.

⁴⁸ Se denomina así al Partido Justicialista, cuyo fundador fuera el ex presidente de la Nación Juan Domingo Perón, quien estuvo en el poder durante tres períodos, sin poder culminar el último por su fallecimiento en 1973.

⁴⁹ Forma común en América Latina de designar los gobiernos personalistas.

⁵⁰ En la actualidad el ejecutivo provincial vuelve a estar en poder de Alberto Rodríguez Saá desde fines de 2015 a 2019.

⁵¹ Primera mujer gobernadora de provincia en el país a esa fecha.

⁵² La renuncia a la gobernación de Adolfo Rodríguez Saa se debió a que fue electo por la Asamblea Legislativa como Presidente de la Nación, (su mandato duró 7 días) en medio de la crisis más profunda de la Argentina en términos económicos, sociales, políticos e institucionales. Luego de la renuncia del presidente electo De la Rúa, (21 de diciembre de 2001), se sucedieron 5 presidentes (incluidos los mencionados) en 11 días, donde hubo revueltas sociales y 20 muertos.

⁵³ Si bien Poggi emuló las prácticas patrimonialistas (principalmente de Adolfo), produjo cambios en el estilo de gestión (en relación a Alberto), la provincia se integró al contexto nacional, se modificaron las políticas sociales, creándose nuevos programas de educación y salud, como se ha expresado. Siendo la diferencia más marcada la racionalidad presupuestaria, ello tuvo impacto positivo en la sociedad que le llevó a ganar sus propios adeptos.

aspectos así fue, trató de diferenciarse y en ese tránsito modificó las políticas de educación y salud que habían sido los “baches” de los gobiernos anteriores. Los indicadores del sector salud se pueden apreciar en el Anexo II de este capítulo. El estudio que se presenta aquí se ha aplicado durante esta gestión.

Así pues, más de 30 años de poder político en la provincia, fueron posibilitados en primer lugar, en lo institucional por la reforma constitucional mencionada y en lo económico por los beneficios provenientes de la aplicación del Régimen de Promoción Industrial (Ley 22.702), que permitió un discurso basado en la promesa de cambiar la historia de la Provincia y superar la imagen del “*pueblo postergado y olvidado*” por la Nación Argentina. En segundo lugar, por las distintas formas de concentración de recursos de dominación estatal (especialmente el control de recursos político-institucionales) que posibilitaron la patrimonialización del Estado y posteriormente la generación de instituciones de índole particularista (Trocello, 2004).

Si bien es verdad que estos rasgos son frecuentes en las democracias marrones⁵⁴ de Latinoamérica (O'Donnell, 1993) el caso de San Luis presenta características singulares, lo que ha dado lugar a una nutrida producción académica. Así pues, se trata de un régimen que ha sido caracterizado como *neopatrimonialismo* (Trocello, 2008)

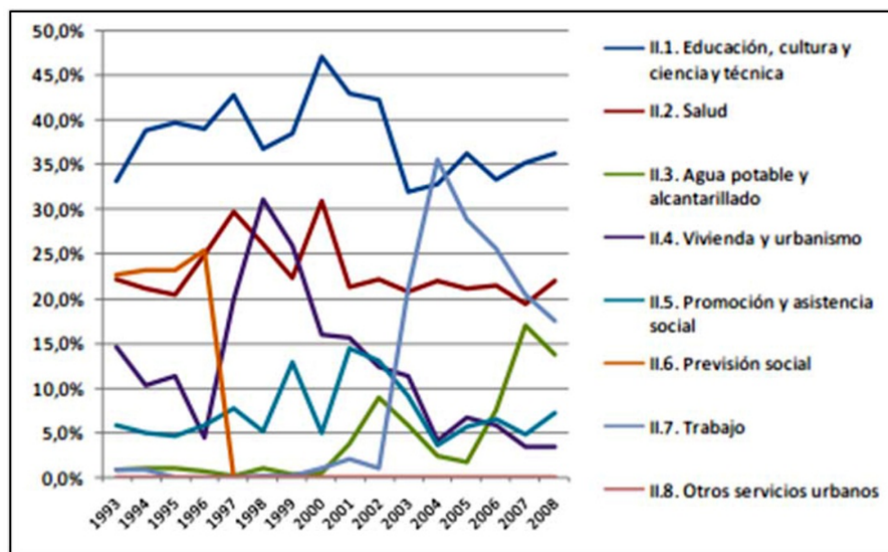
Cabe destacar que, en general, las políticas implementadas han tenido como consecuencia un crecimiento y desarrollo único en el país, sobre todo en los primeros períodos, que han transformado una provincia con una sociedad preindustrial a otra de tipo industrializada, modernizada y dotada de infraestructura, mediante la obra pública. Así pues, los cambios producidos en la provincia son indubitables y se reflejan en el Anexo II de este capítulo. Sin embargo, no se alcanzó a consolidar el desarrollo económico, y sobre todo se desaprovechó la etapa de bonanza para avanzar más en aspectos sociales, como educación y salud, debido a la priorización de los intereses particulares de los gobernantes.

Otro rasgo particular de este tipo de régimen, como se expresó, es la monopolización de los recursos y la alta discrecionalidad en su manejo. Esto puede comprobarse en el comportamiento que presenta el Gasto Público Social en estos

⁵⁴ El autor denomina así a las democracias con bajo nivel de burocracias eficaces y baja existencia de una legalidad efectiva. En general se trata de territorios donde los poderes locales “establecen circuitos de poder” que operan en forma antagónica con la legalidad establecida, a través de las organizaciones burocráticas (o parte de ellas), en consecuencia, desaparece la dimensión pública legal y con ello ciertas dimensiones de la ciudadanía contenidas en el estado nacional y el orden que éste sustenta (O'Donnell, 1993)

períodos:

Gráfico N° 2.1. Gasto Público Social San Luis 1993-2008



Fuente: Páez et al (2010:6)

Puede observarse en el gráfico anterior los alti-bajos en la asignación de recursos, lo que demuestra la total discrecionalidad en el manejo del Gasto Público, especialmente el social, en la provincia entre los años 1993-2008, que continuó en años posteriores. Allí se muestra un comportamiento errático, donde no se puede planificar a mediano, ni largo plazo ninguna de las funciones del Estado, ni otorgar previsibilidad. Esto produce una situación de total incertidumbre en la burocracia, además de producir efectos directos en los derechos de los ciudadanos, especialmente en la salud, lo cual se refleja en los indicadores, que asumen comportamientos similares en términos de variación (ver más detalles en Anexo 2.2).

En definitiva, San Luis, tal como lo vienen demostrando numerosos estudios, representa un caso de régimen político neopatrimonialista en tanto que presenta las siguientes características: a) dominación de un solo hombre; b) Devaluación de las instituciones democráticas; c) Alta discrecionalidad en el gasto público; b) estructura burocrática de tipo “radial”; c) Alta discrecionalidad en designación de funcionarios públicos (y enroque político de “confiables”); d) democracias débiles; e)

desmovilización social de actores; f) ciudadanías deficitarias (en términos de derechos); g) prebendalismo (en obra pública); h) cooptación de organizaciones sociales mediante subsidios; i) construcción de obras y edificios “fastuosos”; j) clientelismo político (políticas sociales).

Estas características han sido estudiadas en muchos casos en forma conjunta, por su complejidad, a continuación, se presentan los rasgos más estudiados:

Cuadro N° 2.3. Neopatrimonialización en San Luis, indicadores y evidencias.

Rasgo	Indicador	Estudio de referencia
Alta discrecionalidad del gasto	Variación en la asignación presupuestaria	Páez et al (2010)
Enroques políticos	Intercambio de carteras entre cargos de designación política (los confiables)	Arias (1998)
Estructura de dominación radial	Dominación del gobernante a través de designación de “confiables” en cada organismo público	Rouquaud (2008a, 2012)
Democracias débiles	Instituciones de baja calidad, (bajo imperio de las normas)	Trocello, G. (2008)
Ciudadanía deficitaria	Baja percepción de derechos, sobre todo los sociales	Rouquaud y Herrera (2000, 2001) Rouquaud (2008b, 2012) Trocello, (2008)
Clientelismo Político	Entrega de bienes por parte del gobernante a cambio de votos (alta dependencia de la ciudadanía)	Trocello (2008) Rouquaud (2012) Vilchez (2017)

Así pues, San Luis, supone un contexto singular donde aplicar la extensa tradición de estudios sobre SLB, lo que permitirá desarrollar nuevas hipótesis respecto a esta relación poco explorada y aportar al estudio de la burocracia en el contexto de los regímenes políticos latinoamericanos.

2.2.2.2. Patrimonialismo, ambiente político y contexto de la Política de Salud en San Luis.

Ahora bien, ¿Por qué interesa conocer el régimen político del local de investigación? Algunos desarrollos teóricos apuntan a que el régimen de dominación política, al menos aquellos que no se ajustan al legal-racional, podrían tener efectos concretos en la implementación de las políticas y en particular en la SLB, de allí la

relevancia de tener en cuenta este elemento contextual.

En este apartado se retoman los aspectos planteados en el Capítulo 1, referidos a la relación entre régimen político y burocracia⁵⁵. Además, de la dicotomía política-administración, tema tan tratado en la literatura específica que lleva más de un siglo de discusión -y aún sigue vigente- entre los que acuerdan y los que consideran que no existe tal división siendo la implementación un continuo político, tal como se considera en este estudio. Sin embargo, esta última postura llevada al extremo es la que aplica el régimen patrimonialista, en el sentido de reemplazar los ingresos a la administración pública por los funcionarios⁵⁶ “confiables” de quien gobierna, en lugar del acceso por el mérito o conocimiento de la función, -tal como se ha descrito en párrafos anteriores- lo que devalúa las burocracias públicas, en particular la de salud⁵⁷, en detrimento de los derechos de los ciudadanos, lo que puede verificarse en los bajos indicadores de salud correspondientes a los años de auge del patrimonialismo y su posterior decadencia y a la baja asignación presupuestaria en salud, (más detalles en Anexo II).

Otro rasgo particular de este tipo de régimen, como ya se expresara, es la monopolización de los recursos y la alta discrecionalidad en su manejo.

Como se expresó, los regímenes (neo)patrimonialistas requieren de un conjunto de funcionarios (“corte”) para ejercer el poder personalista y llevar adelante su proyecto político que está asociado a intereses particulares. Para ello necesita ejercer un estricto control sobre la burocracia del Estado, a fin de limitar las atribuciones de los distintos organismos estatales, para evitar o restringir el uso de recursos y poderlos orientar a los fines de sus objetivos políticos y personales.

Para ello debe intervenir y/o modificar las interrelaciones o mejor dicho las interdependencias⁵⁸ hacia el interior de la burocracia, lo cual provoca cambios adicionales en las conductas de los SLB y con ello en la implementación de las PP, que se tratan de caracterizar en la siguiente Tabla:

⁵⁵ Que fuera estudiado en Oszlak (1980).

⁵⁶ En Latinoamérica y Argentina se denomina funcionario a aquella persona designada por razones políticas en los niveles altos de las burocracias públicas.

⁵⁷ Por ejemplo, se han nombrado directores del Policlínico Regional de Villa Mercedes a guitarristas, profesores de Bellas Artes, etc. (Cámara Guillet, S. (2015) y en los Ministerios de Salud a profesionales contadores públicos, y otros sin ningún título.

⁵⁸ Se denomina así a las distintas interrelaciones entre órganos burocráticos, necesarios para implementar una política. Según Oszlak (1980): interdependencias Jerárquica, Funcional y Presupuestaria.

Cuadro N° 2.4. Relación Burocracia de Régimen Patrimonialista y comportamiento de SLBs

Interdependencias/ modificaciones		Comportamiento de SLBs (Médicos de APS)
JERÁRQUICA	<p>Estructura “radial” el gobernador ocupa el centro del poder y lo ejerce a través de los “confiables”, (grupo de funcionarios que le reportan directamente) conformando una estructura informal paralela.</p> <p>Superposición con la estructura burocrática estable.</p> <p>Debilitamiento o inexistencia de las líneas de autoridad formal.</p> <p>Inmovilidad, poca o ninguna organización gremial.</p> <p>Cooptación de líderes sindicales y sociales.</p> <p>Bajos salarios por ser áreas no priorizadas.</p> <p>Falta de insumos y atraso técnico por falta de inversiones en el sector.</p> <p>Incertidumbre por contratos cada tres meses, excepto el personal permanente.</p>	<p>Temor de expresarse y desconfianza en las relaciones interpersonales.</p> <p>Bajo conocimiento de los objetivos de la política</p> <p>Falta de reconocimiento a la autoridad, por órdenes contradictorias</p> <p>Casi nula actividad gremial o reivindicativa (a pesar de la existencia de normativas que no se observan).</p> <p>Temor a la pérdida del empleo</p> <p>Incertidumbre en las relaciones intra-burocráticas</p> <p>Cierta indiferencia por los resultados de su trabajo. Se hace lo que se puede.</p> <p>Inestabilidad en el empleo.</p>
	<p>Alta conflictividad por superposiciones jerárquicas.</p> <p>En el período considerado hubo algunos cambios a nivel salarial, mayor apertura con los gremios, sin producir transformaciones significativas.</p>	<p>Bajo grado de relación con los jefes de su área</p> <p>Adaptación forzada a la situación laboral</p> <p>Deseos de cambio laboral.</p> <p>Falta de expectativas por su carrera profesional.</p>
FUNCIONAL:	<p>Generación de burocracias paralelas (los funcionarios de la “corte” y los de planta permanente o contratados)</p> <p>Designaciones ad-hoc de ministros y directores (no médicos) de hospitales y centros de salud sin ninguna idoneidad.</p> <p>Distancia entre el marco normativo y las políticas reales.</p> <p>Falta de coordinación interna que no permite interrelaciones entre los organismos relacionados ministerio-hospitales-centros de salud.</p> <p>En el período estudiado se revierten algunos aspectos (mayor apertura, mayor racionalidad técnica) generación de planes y programas de salud (APS).</p> <p>Designaciones más basadas en la idoneidad.</p> <p>Mayor capacitación profesional.</p>	<p>Desconcierto e incertidumbre sobre lo que hay que hacer</p> <p>Encierro profesional, falta de comunicación vertical</p> <p>Descreimiento en un contexto institucional divergente (informal vs. formal)</p> <p>Desconfianza en las relaciones jefe-subordinado.</p> <p>Incertidumbre frente al cambio de políticas</p> <p>Cierto incremento en la motivación</p>
	<p>Fuerte control de ingresos y egresos. Centralización del manejo en el gobernador. No se respetan principios presupuestarios. Asignación discrecional de recursos con criterios ad-hoc. La elaboración del presupuesto se convierte en un ritual ya que no se asegura la asignación, que cambia a voluntad del gobernador</p>	<p>Incertidumbre sobre la asignación y disponibilidad de fondos para realizar las actividades previstas.</p> <p>Descreimiento sobre cumplimiento de objetivos.</p> <p>Falta de insumos en áreas no priorizadas</p>

Fuente: Elaboración propia en base a Oszlak (1980)

En el Cuadro anterior puede observarse cómo el régimen político afecta las interdependencias burocráticas y éstas a su vez el comportamiento de los SLBs. Si bien en este estudio no se incluye directamente el contexto político, si se analiza la

influencia de las organizaciones burocráticas (ya modificadas por el régimen) en los comportamientos de los SLBs y al combinarse con las características clásicas de los mismos, -como se verá en el siguiente capítulo- su análisis podría aportar a un mayor conocimiento de las complejidades que se conjugan a la hora de la implementación de políticas, lo que convierte este estudio en un caso especial de análisis.

En el próximo capítulo se presentan los estudios sobre la *Street Level Bureaucracy* (SLB) y su correlato, los comportamientos característicos de los denominados *Street Level Bureaucrats* (SLBs) y el esquema metodológico para su análisis.

CAPÍTULO 3

BUROCRACIAS E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS. SITUANDO EL ESTUDIO DE LA *STREET* *LEVEL BUREAUCRACY*

“...street-level bureaucracy analysis addresses regards the necessity to open up the black box of what literally happens in implementation organisations.”

Hupe, M. Hill, M. and Buffat, A. (2015)

Una vez planteado el marco teórico de referencia de este trabajo (teorías de la Administración Pública, de las Organizaciones y de las Políticas Públicas) y presentado el caso de estudio (la Política Pública de Salud en San Luis, Argentina), este capítulo aborda específicamente los lineamientos teóricos que describen las características de la Burocracia del Nivel de Calle o *Street Level Bureaucracy* en términos de Lipsky, quien le asigna esa denominación y analiza los comportamientos de este tipo de empleados que están en relación directa con los ciudadanos a quienes están dirigidas las políticas públicas.

Para ello se analiza en primer lugar el enfoque inaugurado por Lipsky y sus principales seguidores que aportaron al desarrollo del mismo. Luego se describen las principales características: discrecionalidad y autonomía, focalizando en la burocracia profesional, que se analiza en el caso de estudio. En segundo lugar, se realiza un análisis del estado del arte del tema en estudio, mostrando los acuerdos y

discrepancias, las metodologías utilizadas y los resultados de los principales autores que han investigado el tema. En tercer lugar, se presenta la propuesta metodológica de análisis de la SLB, las variables y supuestos básicos que guiarán el análisis.

3.1. El enfoque de la *Street Level Bureaucracy*

Como se ha mencionado anteriormente, Lipsky (1971, 1980, 2010) propuso dirigir la mirada hacia “el lugar donde el gobierno se encuentra con los ciudadanos” es allí donde los burócratas interactúan con la gente. En ese sentido el autor sugiere que existen patrones en esa interacción, que hay continuidades que trascienden las burocracias individuales y que hay condiciones en el entorno laboral de esas burocracias que parecen influir en la estructuración de la interacción burócrata-ciudadano. Es así que las burocracias pueden tener cierta incapacidad de responder a las demandas de algunos clientes y los burócratas, respondiendo a las presiones del trabajo, pueden tener efectos desagradables en los ciudadanos y condicionar la percepción de éstos sobre la política, lo cual llevaría a “concentrarse en las modificaciones fundamentales del entorno laboral de los burócratas que atienden directamente al público” (Lipsky, 1971).

Según Parsons (2007), en un estudio realizado por Wetherley y Lipsky (1977), demuestran que el control sobre la gente no es la vía para una implementación efectiva, y sugiere que en lugar de visualizar las personas en una organización, como partes de una cadena de mando para ejecutar las políticas, sería mejor utilizar el concepto de Elmore (1979 y 1985) de partir desde los problemas hacia la política, lo que implicaría “definir el éxito de las políticas en términos humanos o de comportamiento, no como la comprobación de una “hipótesis” (Parsons, 2007:488). En ese sentido Elmore, (1996), denomina “diseño retrospectivo” a la posibilidad de desarrollar mecanismos informales de delegación de autoridad y la discreción para desestructurar el control, siendo el fundamento de la primera la experiencia, la habilidad y la proximidad a los problemas, en tanto que de la segunda, la discrecionalidad, la posibilidad de capitalizar la relación recíproca entre los niveles inferiores,-los que saben de los problemas- y que los niveles superiores asuman

responsabilidades más generales (Elmore, 1996). Esto implicaría dar vuelta a la tradicional pirámide organizacional.

Por su parte, Williams (1975,1976, 1980) (en Aguilar Villanueva, 1996) colocó el énfasis en la interacción entre una organización o “agencia” local y los actores que prestan servicios en ella que se relacionan con el público, así como también en el entorno político o contexto local en el que deben funcionar, en el mismo sentido que plantea Parsons (2007). Otro autor, Berman (1996), enfatiza el “entorno institucional” y lo explica en dos niveles de análisis: macro y micro implementación; entendiendo por el primero “el proceso de generación y cumplimiento de las condiciones necesarias” para la puesta en práctica de una política federal (o local) en una localidad determinada. Y el segundo refiere al “proceso concreto de prestación de servicios” a partir de una política donde las organizaciones y agentes actúan o llevan a cabo aplicando sus patrones particulares de gestión, para una población determinada. Por ello la micro implementación es muy importante porque el éxito dependería de la “adaptación mutua” entre las condiciones de la agencia local y el programa diseñado en la cúspide del sistema (Berman, 1996).

Como se ha visto más arriba, el enfoque de la *Street Level Bureaucracy* se centra en el hecho que los encargados de implementar las políticas en forma directa al público, poseen una gran discrecionalidad. En este sentido, los profesionales juegan un papel clave, como los médicos, los maestros, los ingenieros, los trabajadores sociales, etc. (Lipsky, 1971, 1980).

Los que están en la “línea de fuego” deben enfrentar presiones que provienen tanto de la organización como del público que atienden, en contextos donde generalmente los recursos son inadecuados o escasos, existencia de amenazas y desafíos a la autoridad, contradictorias o ambiguas expectativas de trabajo (Lipsky 1971: 393-394). Como reacción a estas condiciones los *Street-Level Bureaucrats* (SLBs) adoptan comportamientos, estrategias, realizan “simplificaciones” o estereotipos que construyen para enfrentar los cambios en las políticas, la falta de recursos, las presiones de sus pares, del contexto, de los ciudadanos-clientes, etc. En consecuencia, esto implica analizar cómo en su accionar los empleados van generando “patrones de conducta” que pueden asociarse a la rutinización de procedimientos, modificación de objetivos, racionalización de servicios, determinación de prioridades, limitación o

control de clientelas, etc. que en términos de Lipsky (1971) podrían a su vez definir la percepción de los ciudadanos sobre la política.

3.1.1. Discrecionalidad y autonomía de los empleados de base

Según afirma Lipsky (1996), los empleados de base o SLBs participan en la elaboración de políticas públicas por su posición en la primera línea (desde abajo) en la organización, donde su rol se basa en dos características asociadas a ese lugar de trabajo: a) altos niveles de discrecionalidad y b) autonomía relativa respecto de la autoridad de la organización.

Los SLBs gozan de una discrecionalidad considerable -a diferencia de otros funcionarios- dado que de ellos depende la determinación de la naturaleza, la cantidad y la calidad de los beneficios o sanciones otorgados por las organizaciones. Sin embargo, la discrecionalidad no significa que los SLBs “no estén sujetos a las leyes, a las regulaciones, a las directrices de los órganos superiores o a las normas y las prácticas de su grupo profesional” (Lipsky, 1996:282), puesto que las políticas públicas vienen definidas no sólo por las élites políticas, sino también por los altos funcionarios, cuyas influencias determinan las dimensiones más importantes de las políticas de primera línea (Lipsky, 1996).

Cuando estos empleados son profesionales “resulta una obviedad” afirmar su discrecionalidad, pues se espera que sean capaces de juzgar autónomamente dentro de su ámbito profesional, lo cual permite que se sientan libres del control que ejercen sus superiores y sus clientes (Tummers, *et al*, 2015). No obstante, existen algunas interacciones con los ciudadanos que no dejan lugar para la discrecionalidad. Por lo tanto, es un concepto relativo. En palabras del autor, “cuanto mayor sea el grado de discrecionalidad, más relevante será su análisis para entender el comportamiento de los empleados” (Lipsky. 1996: 283).

Tal como se expresó en el Capítulo I, el análisis de la implementación se convierte en análisis organizacional, y más concretamente de las burocracias profesionales, definidas por Minzberg (1984) como un tipo de configuración estructural en las organizaciones, que, por otra parte, es el tipo de configuración que

más se aplica en las organizaciones de salud, como el caso de este estudio.

Así, la “burocracia profesional” se organiza alrededor de la “normalización de las habilidades del trabajador” para lograr su coordinación, lo cual ocurre cuando queda especificado el tipo de preparación requerida para la realización de un trabajo. Este tipo es el más utilizado en los hospitales o centros de salud ya que la preparación de los médicos (y personal técnico en general) la realizan organizaciones especializadas como son las universidades o Facultades de Medicina. En este caso se modifica el principio de especialización weberiano pues la preparación del agente se realiza fuera de la organización. De hecho, para el ejercicio profesional se requieren grados de libertad que pueden traducirse en una mayor discrecionalidad decisoria de los mismos (Tummers, *et al*, 2015)

Lipsky (1996) plantea que, si la discrecionalidad pudiera ser eliminada, los problemas desaparecerían, pero se pregunta ¿por qué subsiste? A lo que responde que es difícil, si no imposible, reducirla drásticamente porque su trabajo “implica tareas complejas” y que la elaboración de reglas, guías e instrucciones, no pueden suponer una limitación de sus alternativas. Para ello brinda tres razones:

- 1) Los SLBs trabajan en situaciones complicadas que no pueden ser reducidas a normas o formatos de programas.
- 2) Las situaciones a las que se enfrentan requieren dar respuesta a las dimensiones humanas de las mismas, que suponen una “sensibilidad y un juicio razonable que no se puede reducir a reglas”. En síntesis, los ciudadanos requieren de soluciones a sus problemas que no siempre pueden estar sujetos a normas.
- 3) Por otra parte, la discrecionalidad en los SLBs promueve su autoestima y lleva a los clientes a creer que de ellos depende su bienestar.

Parafraseando a Elmore (1996), la discrecionalidad, en el mejor de los casos, es un mal necesario, y en el peor puede constituir una amenaza contra el gobierno democrático, favoreciendo de este modo los modelos jerárquicos de análisis de implementación.

Por otra parte, la posibilidad de ejercer la discrecionalidad de estos empleados,

lleva a pensar en el tema del poder en las organizaciones, tal como han sido planteado en el Capítulo I, aunque se coincide con Lipsky (1996) que es necesario una búsqueda de equilibrio entre estos factores, que invocan a la reforma del servicio público. Lo que plantearía una dialéctica entre aquellos que pueden propugnar por la limitación de la discrecionalidad y otros podrían abogar por incrementarla, tal como se verá en el apartado siguiente.

Para dicho autor “la discrecionalidad permanecerá como característica de muchos servicios públicos en la medida que las tareas sean complejas y la intervención humana se considere necesaria para un servicio efectivo” (Lipsky, 1996:284)

En cuanto a la autonomía de los empleados, en general los teóricos de las organizaciones suponen que estos se adecuarán a sus objetivos, aunque reconocen que puede haber desconexión entre las órdenes y la implementación de esas órdenes, lo que suele ser atribuido a problemas de comunicación o a ciertos desacuerdos entre los trabajadores y los objetivos generales de la organización, pero no se consideran importantes ya que la organización lo puede solucionar (Lipsky, 1996).

A la vez que el autor afirma que los trabajadores aceptan la legitimidad de la estructura formal de autoridad porque no están en condiciones para disentir, se pregunta: “¿Qué ocurre si los trabajadores no comparten los objetivos de sus superiores?” (Lipsky ,1996:285). Es lo que suele ocurrir con los empleados de base, por tanto, no se puede suponer que estén trabajando de acuerdo a lo establecido por la organización. Esto puede deberse a que no se reclutan trabajadores que tengan afinidad con los objetivos de la organización; a que los trabajadores no consideran legítimas las órdenes de “arriba” o a que el sistema de incentivos o sanciones que disponen los superiores no estén dando resultados, lo cual produce un grado de sumisión desigual. Se pueden encontrar razones en los diferentes niveles de la organización, cuyo diseño pueden provocar más conflictos que relaciones de apoyo y colaboración. Por lo tanto, las explicaciones de las discrepancias no deberían buscarse en el cumplimiento de las normas, sino en la misma estructura de puestos de trabajo. Para Lipsky (1996) la resolución del conflicto latente en las organizaciones puede tomar dos caminos: puede ser eliminado (algo no posible) o puede ser ignorado por una o ambas partes. Según su perspectiva la idea de intereses mutuos -tan propiciada por la teoría de las organizaciones- es problemática y coloca el énfasis en buscar

mecanismos que posibiliten el ajuste de intereses antagónicos o divergentes.

Frente al conflicto, los trabajadores suelen usar algunas formas para negar la cooperación y no trabajar como: excesivo absentismo, salir del trabajo; agresiones hacia la organización como robar, estafar, exceso de gasto deliberado, o actitudes negativas que impactan en su trabajo (como alienación, indiferencia, apatía, etc.). Otras formas pueden ser la formación de sindicatos, el ejercicio de derechos colectivos o regulaciones específicas de la función pública. Siguiendo al autor, todas estas formas de no cooperación disminuyen las capacidades de las organizaciones para alcanzar sus objetivos. Esto representa un desafío para la gestión de las políticas, en el sentido de lograr gratificaciones (personales, materiales o psicológicas) para los trabajadores, tendientes a mejorar la satisfacción laboral para compatibilizar con los objetivos de la organización.

Dada su posición en la estructura organizativa, en general los empleados de base han tenido pocos recursos para oponerse a las normas o mandatos de los superiores, pero, en las circunstancias laborales existen muchos factores que aumentan el poder de estos trabajadores por su posibilidad de manejo de recursos, de acuerdo a esa posición, -tal como se expresara en el Capítulo I- siendo la información el recurso por excelencia o el “conocimiento especializado, la voluntad de estar interesado, el esforzarse en el trabajo o el atractivo personal” (Lipsky, 1996:293). Todo ello aumenta su poder siendo de un nivel inferior, hasta el punto de lograr que los superiores dependan de ellos, (por ejemplo, cuando éstos requieren información a sus subordinados, o de conocimientos específicos que ellos manejan), de manera que en estas circunstancias se invierte la relación de dependencia. Es así que el “rol discrecional” de los SLBs y la dependencia de sus superiores implica que éstos no tengan posibilidad de intervenir en cómo sus subordinados trabajan (Lipsky, 1996:294). Estas situaciones interesan particularmente debido a que las diferentes posiciones estructurales en la organización, afectan la efectividad de los trabajadores. (Lipsky, 1996).

Por otra parte, es importante el aporte de Evans y Harris (2004) sobre los planteos de Lipsky de la burocracia del nivel de la calle y la discrecionalidad, ya que demuestra la falta de capacidad de los directores para controlar a los SLBs y que los trabajadores tienen que tratar con una cantidad de políticas y recursos y que esas

políticas generalmente difieren de las “declaraciones oficiales”. Además, afirman que si se detectan las distorsiones puede haber sanciones por frustrar las intenciones de las políticas (Evans y Harris, 2004). Esto implica colocar el problema a nivel estructural pues dichas distorsiones de las políticas son “a menudo tácitamente aceptadas por los administradores como soluciones del mundo real para hacer el trabajo” (Evans y Harris, 2004:877).

También es importante el contexto desde el cual Lipsky desarrolló sus conceptos, situado en los años sesenta y setenta, donde el desarrollo de la política urbana en los EEUU estuvo guiado por “la pobreza, la diversidad social y el conflicto político” (Hawley y Lipsky, 1976, en Evans y Harris, 2004:877). Dichas políticas se caracterizaron por la insuficiencia de recursos, poca claridad en los objetivos, a menudo ambiguos, vagos y contradictorios y por lo tanto difíciles de especificar y medir, en contextos de demanda ilimitada, donde cualquier incremento de los recursos era absorbido por la demanda insatisfecha que, en vez de mejorar la calidad de los servicios, en términos de Lipsky (1980:32) dejaba a los SLBs “atrapados en un círculo vicioso de mediocridad” (en Evans y Harris, 2004:877). Por ello es necesario tener claro que los SLBs fueron conceptualizados por Lipsky como:

“...aquellos trabajadores que interactúan directamente con los ciudadanos en el transcurso de sus trabajos y que tienen considerable discreción en la ejecución de su trabajo y que en su accionar brindan acceso a los programas de gobierno y prestación de servicios del mismo (Lipsky, 2010:3).

Por lo tanto, su conducta impacta directamente en la vida de los ciudadanos. Esto implica, según el mismo autor, que ellos implícitamente median “en aspectos de la relación constitucional de los ciudadanos con el Estado”, lo que implica “que poseen las claves para una dimensión de la ciudadanía” (Lipsky 2010:4). Otra consideración más que aporta al concepto, como ya se ha expresado, es que la relación entre los SLBs y sus gerentes son potencialmente conflictivas, debido a que “los *managers* están interesados en lograr resultados coherentes con los objetivos del organismo y los burócratas de nivel de la calle están interesados en el trabajo de procesamiento de

acuerdo con sus propias preferencias...” (Lipsky 2010:18-19). Otro aspecto importante de los SLBs en el ejercicio de su rol es su “deseo de mantener y expandir su autonomía” -como ya se mencionara- de manera que, aunque los gerentes generen reglas y normas ellos buscarán asegurar sus intereses (Lipsky, 2010:19). A su vez, los trabajadores públicos en general han logrado beneficios colectivos que fortalecen su posición y reducen la capacidad de los gerentes para aplicar beneficios y sanciones para inducir el rendimiento, eliminando así los incentivos para el desempeño meritorio.

Tal y como expresa el autor, los costos de despedir a los trabajadores públicos son tan grandes, por la normativa de la función pública, que los gerentes prefieren retener a los trabajadores a tener que soportar un largo período de “arbitraje”, por lo cual los puestos pueden permanecer ocupados por incompetentes (Lipsky, 2010:24) lo que genera un círculo vicioso de bajo desempeño en la administración pública.

De acuerdo a estos desarrollos teóricos se podrían sintetizar las características más importantes de los burócratas del nivel de la calle en relación a criterios de funcionamiento de las organizaciones, de acuerdo al siguiente cuadro:

Cuadro 3.1. Acciones de la Organización y comportamientos de los *Street Level Bureaucrats*

Organización		Impacto en los SLBs
CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES	Reglamentación	Alta discrecionalidad
	Modalidad de trabajo	Interacción directa con los ciudadanos
	Asignación de tareas (Leyes y programas gubernamentales)	Cambios constantes en las condiciones de trabajo, ajustes en habilidades y conductas. Sobrecarga de trabajo
	Información, objetivos, metas, prioridades	No reciben o son poco claras
	Reconocimiento de la organización	No reciben
	Remuneraciones directas	Generalmente bajas, no acordes a la carga de trabajo
	Recursos materiales, organizativos y personales	Escasos en relación a la tarea a desempeñar
	Capacitación para el trabajo	Limitada o inexistente
	Características del trabajo: relación directa con el público o ciudadanos	Acomodan las demandas a la realidad de los recursos con que cuentan y a sus propios criterios

Fuente: Elaboración propia en base a Lipsky (1971, 1980, 2010)

Puede observarse, tal como se plantea en los estudios de las organizaciones como así también de la implementación, que los comportamientos de los SLBs están condicionados por la estructura organizacional, reglas y las relaciones que se producen a partir de dicha estructura, de manera tal que ameritan ser estudiados a fin de propender al cambio y mejora en la gestión de las organizaciones.

3.2. El estado del arte en los estudios sobre *Street Level Bureaucracy*

Esta perspectiva teórica se ha desarrollado y aplicado principalmente en EEUU y UK. Se conocen escasos estudios o muy dispersos en países de América Latina en general y Argentina en particular. En este sentido cabe preguntarse el porqué de tan exiguuo desarrollo. Un posible acercamiento a la respuesta es que, por una parte, la problemática de la implementación de PPs, como se expresara anteriormente se “descubre” tardíamente, pues al comienzo los estudios se focalizaban en el proceso de la política y su evaluación. Por otra, las teorías de las PPs se expandieron también tardíamente en América Latina, configurando marcos de análisis relativamente nuevos. Otra posible respuesta es que las burocracias latinoamericanas no se han desempeñado de manera similar a las de los países desarrollados, como se expresara anteriormente, las primeras, en general, son deficitarias en términos del modelo weberiano, sobre todo en lo que al ingreso y desarrollo del personal se refiere.

Una revisión de los análisis y estudios realizados aplicando la perspectiva de la *Street Level Bureaucracy* en la actualidad, muestran análisis empíricos que utilizan la discrecionalidad como la dimensión más importante de observación o la forma de tomar decisiones de los trabajadores, técnicos, profesionales de primera línea o *Street Level Bureaucrats*, frente a los casos particulares de los ciudadanos o beneficiarios de las políticas públicas. Se destacan estudios como los de Maynard-Moody, y Musheno (2000); Evans y Harris (2004); Riccucci (2005); entre muchos otros.

Maynard-Moody, y Musheno (2000), en su conocido trabajo *“State agent or citizen agent: two narratives of discretion”* enfocan el estudio de la discrecionalidad decisoria como inevitable en los SLBs a través de un estudio con metodología cualitativa, en dos estados y cinco agencias. Relevan 162 historias de SLBs y examinan

normas y creencias, no eventos. Los autores concluyen que los SLBs más que agentes del estado, quienes actúan en función de reglas, procedimientos y leyes, se describen como agentes ciudadanos que responden a los individuos y las circunstancias, basando sus decisiones en sus propios juicios de valor sobre los ciudadanos clientes.

El también conocido trabajo de Ricucci (2005) titulado: *“Street-Level Bureaucrats and Intrastate Variation in the Implementation of Temporary Assistance for Needy Families Policies”*, aborda el estudio de los SLBs y la variación intraestatal en la implementación de una política altamente centralizada. A través de una encuesta a SLBs relacionados estrictamente con los beneficiarios-clientes de tres condados en el Estado de Michigan (EEUU), examina el potencial impacto de los SLBs en un programa altamente centralizado, como se mencionó más arriba. Sus resultados fueron que existe variación en la implementación entre los condados, aunque no se detectó variación dentro de los mismos, a pesar de ser una política altamente centralizada.¹ Sugiere que los SLBs pueden no estar implementando los objetivos previstos por el estado a nivel de los funcionarios y que el poder discrecional de los burócratas de nivel de la calle es un determinante importante en la aplicación de las políticas públicas. También indica que los funcionarios de la agencia pueden tener muy poca influencia sobre la discreción del trabajador y que más bien, el punto de referencia para el juicio discrecional de los trabajadores puede ser el cliente (Ricucci, 2005).

Un trabajo interesante en el mismo sentido es el de Tummers y Bekkers (2014), titulado: *Policy Implementation, Street-Level Bureaucracy, and the Importance of Discretion*. Los autores sostienen que los estudiosos del tema no han desarrollado marcos teóricos respecto a los efectos de la discreción utilizando grandes muestras. La investigación desarrolla un marco teórico en relación a dos principales efectos de la discreción: significatividad de la clientela y la voluntad de poner en práctica la política. Para ello utilizan metodología cuantitativa, encuesta con ciertas preguntas abiertas, con un universo de 5.199 profesionales, logrando un 25 % de respuestas, que consideran representativas por su distribución en edad, género y profesión del universo. En sus resultados encontraron que la discreción de los SLBs influye en la voluntad de aplicar la política en dos maneras: a) la discreción influye en la

¹ Los diseñadores de la política intentaron limitar la variabilidad en la implementación (en los Condados en que se aplicó) a través de una alta centralización de la misma (ver Ricucci, 2005)

significatividad del cliente porque los SLBs son más capaces de adaptar sus decisiones y los procedimientos que tienen que seguir, a las situaciones y necesidades específicas de sus clientes. Afirman los autores que sus resultados refuerzan los reclamos de varios estudiosos y que la discreción podría tener efectos positivos para los clientes; b) en consecuencia, esto posibilita una mayor disposición para implementar la política. El hallazgo principal de este estudio revela que cuando los burócratas a nivel de calle perciben que su trabajo es significativo para sus clientes, esto influye fuertemente en su voluntad de ponerla en práctica (Tummers y Bekkers, 2014:541).

Por otra parte, se han elaborado trabajos contradiciendo la visión de la discrecionalidad irrestricta de los SLBs. Tal es el caso del trabajo de Keiser (2010), titulado: *“Understanding Street-Level Bureaucrats’ Decision Making: Determining Eligibility in the Social Security Disability Program”*. En su estudio examina la discrecionalidad, aplicando la teoría de la racionalidad limitada. Trata de explicar la variaciones en la forma que los burócratas a nivel de calle usan su discreción cuando no hay interacciones físicas con los clientes, usando tecnología de la información. Los resultados de su trabajo aplicando la mencionada teoría sugiere que la variación en la toma de decisiones burocráticas se puede explicar por la variación en las actitudes y valores personales de los burócratas, por la variación en las percepciones y conocimiento de otros actores de la red de políticas, y en la variación en la rapidez con que los burócratas toman decisiones. Los hallazgos sugieren aquí que el conocimiento de las preferencias y comportamientos de los otros actores de la organización, las actitudes hacia diferentes objetivos burocráticos, y la rapidez con que los trabajadores de primera línea toman decisiones explican parte de la variación en la forma en que implementan políticas en entornos en los que los burócratas y los clientes no interaccionan físicamente. Estos hallazgos tienen implicaciones para los profesionales y sugieren formas en que los gestores de los programas del gobierno pueden alterar la determinación de elegibilidad (Keiser, 2010).

En este sentido, otros estudios más recientes como los de Evans (2011) y Ellis (2011) han criticado la visión de la omnipotencia de la gestión como movilizadora de cambios en las organizaciones. Estos consideraron que en el tiempo en que Lipsky formuló su teoría aún no se había desarrollado ni aplicado la teoría de la gestión que a partir de los ochenta y noventa aparece como dominante en las organizaciones

estatales, es la denominada *New Public Administration*, aplicada específicamente en las organizaciones de bienestar británico a los profesionales de Trabajo Social desde la perspectiva SLBs (Evans, 2011). Las nuevas teorías de la gestión pública traen consigo la posibilidad de autonomía, rendición de cuentas y responsabilización por parte de quienes administran los programas, lo cual en cierta medida se contrapone a los decálogos weberianos de organización, que regían y rigen las organizaciones públicas, que requieren limitar al máximo la discrecionalidad de manera de ajustar los comportamientos burocráticos para el cumplimiento de los objetivos organizacionales. Por el contrario, para los autores mencionados esto ha fisurado cada vez más la relación entre gerentes y profesionales del trabajo social “apuntando a la incapacidad de los directivos para eliminar la discreción del trabajo social”. Esto ha llevado a afirmar la postura de Lipsky (1980,2010) sobre la discreción.

Según Evans si bien Lipsky (1980, 2010) desafía los análisis tradicionales, “no es un apologista del análisis de abajo hacia arriba” (Evans, 2011:370) su preocupación refiere a cómo se utiliza la discreción en contextos de conflicto entre los gerentes y los SLBs donde se aplican las políticas. Así, afirma el mismo autor que Lipsky “está preocupado acerca de cómo se utiliza la discreción y, aquí, él adopta una perspectiva de arriba hacia abajo, viendo la intención política estratégica como la medida de discreción adecuada” (Evans, 2011:370).

El concepto de discrecionalidad fue enunciado por March y Simon (1977) quienes especifican la naturaleza de la discreción, la cual es una función de la “medida en que el programa especifica actividades (medios) y especifica el producto o producción (fines)” (March y Simon,1977:163). Esto implicaría que a mayor especificación o detalles de la tarea a realizar menor discrecionalidad y a la inversa a menor detalle de las tareas a realizar mayor discrecionalidad. En términos de Davis (1971:4) la discrecionalidad es la posibilidad que tienen los funcionarios públicos “de hacer una elección entre posibles cursos de acción o inacción ”(citado por Ellis, 2011).

De acuerdo a varios autores la discusión de la discrecionalidad se origina en la preocupación del enfoque de arriba hacia debajo de controlar la toma de decisiones de los niveles inferiores en función de la voluntad democrática de las leyes y normas (Hill y Hupe, 2009; Ellis, 2011). En este sentido, Matland (1995), cuando se pregunta qué se considera éxito en una implementación de política, enfatiza en las diferentes bases de

poder de los diseñadores de política y de los implementadores. En los primeros el poder surge de los mandatos sustentados en las elecciones de los ciudadanos, mientras que en los segundos no. Aunque los reclamos de los SLBs sean atendibles, no tienen la “misma cualidad moral que los conferidos por los ciudadanos soberanos” (Matland, 1995:154-155). Adicionalmente, es posible pensar que, en democracia, donde los diseñadores de política toman decisiones y actúan en nombre de la ciudadanía que representan, en estas decisiones subyacen valores. Esto permite introducir una dimensión no abordada por los clásicos de las políticas públicas -en razón de los supuestos de los autores norteamericanos, expresados en el Capítulo 1- como lo es la ética pública, tema planteado por Merino (2013) y tan necesario en los contextos político-administrativos latinoamericanos. Este autor refiere a la introducción de valores (que deben ser conocidos y expresados) en la toma de decisiones y en la formulación de los problemas públicos y sus alternativas de solución, en las cuales debería haber una coherencia tal, que permita obtener resultados que tengan que ver con las causas de la intervención y no permitir que intereses privados intervengan en su proceso. Al tiempo que considera que es necesario “afirmar la ética de la responsabilidad, tal como la definiera Weber” (Merino, 2013:164). De allí que todo lo que no se corresponda con los valores públicos reconocidos por una sociedad, sean considerados “lisa y llanamente actos de corrupción” (Merino, 2013:166), tema que debe ser considerado en el análisis de las políticas públicas.

En general la redacción final de las leyes y normativas aprobadas por el Poder Legislativo o las del Poder Ejecutivo o las normativas de las organizaciones, suelen expresar en forma genérica los objetivos a alcanzar, esto nos lleva a otra dimensión de la problemática de los SLBs: los diferentes niveles de ambigüedad en que son expresadas las leyes y normas, que requieren de especificación e interpretación, suelen generar conflicto entre las jerarquías administrativas (Matland, 1995:158), lo que requiere explicación para que pueda ser interpretado de manera similar. Por ejemplo se utilizan conceptos como “necesidad” “elección”, “empoderamiento” (Ellis, 2011) que al no contener suficiente explicitación, contribuyen a generar a su vez las condiciones descritas por Lipsky (1971, 1980) en el “nivel de la calle”, en el punto de ejecución de las políticas. En términos de Matland (1995) mientras más alto es el nivel de ambigüedad, más se ve afectada la implementación por factores de abajo hacia

arriba. A la vez, el autor afirma que esto es inevitable en el proceso de la política.

Adicionalmente, la “oscuridad” de la política, es decir la ambigüedad, las contradicciones, pueden tener intencionalidad política y también reflejan las contradicciones de la sociedad capitalista (Ozslak, 1980). Esto a su vez puede intentar mostrar las “buenas intenciones” de la política y sus hacedores, frente a una burocracia ineficiente (tema instalado en las sociedades latinoamericanas) lo que posibilita la creación de “chivos expiatorios” (Ozslak, 1980) cuando las políticas fracasan (Evans y Harris, 2004)

Por otra parte, tal y como expresa Evans (2011), las burocracias del nivel de la calle definidas por Lipsky, emplean personal de diferente estatus profesional, así identifica, empleados de la “ventanilla”, maestros, policías, trabajadores sociales, jueces, médicos, y otros tipos de funcionarios, pero el autor “no se involucra con las complejidades que esto sugiere para la comprensión de la discreción y su gestión” (Evans, 2011). Su diferenciación implicaría comprender las diferencias entre el aprendizaje profesional y el aprendizaje de la experiencia o rutinización de tareas. A su vez requiere hacer una diferenciación en relación a la toma de decisiones de los profesionales, pues esta puede ser definida como juicio más que discreción, sin embargo, los profesionales burócratas también ejercen discreción administrativa (Adler y Asquith, 1981: 13, en Ellis, 2011). Esto implica que en las decisiones de los profesionales burócratas se produce una yuxtaposición entre ambos conceptos, la primera guiada por valores profesionales y la segunda por las normas administrativas, que cuando se dan las condiciones enunciadas por Lipsky desafían los análisis de la discreción bajo el profesionalismo burocrático (Ellis, 2011).

Los estudios realizados sobre la discreción en profesionales burocráticos, como se expresó, refieren específicamente a los Trabajadores Sociales en Gran Bretaña (Evans, 2011; Ellis, 2011 y otros). Según Evans (2011):

“La situación profesional tiene una influencia sobre el grado de libertad, que el ejercicio de un grupo de trabajo supone un compromiso con los valores que debe informar el uso de esta facultad (Friedson, 2001; Even, 2002; Noon y Blyton, 2002). Entre las principales características de la profesionalidad identificadas por Friedson están: una ideología que se

centra en el servicio al bienestar del usuario sobre las prioridades económicas; y un grado de control sobre su propio trabajo (Friedson, 2001)", (Evans 2011:371).

Estos estudios, muestran que hay planteos divergentes en torno a la discrecionalidad, dado que algunos abogan por la continuidad de la discrecionalidad y otros por su reducción o cercenamiento (Evans y Harris, 2004). Según estos autores, en el primero de los casos, los estudios apuntan a que la discrecionalidad se mantiene como resultado de la práctica, que se produce lejos del control directo de los gerentes, que a su vez pueden también ignorar la existencia o los detalles de las políticas y reglamentos, que en algunos casos son interpretadas o "leídas" por los propios profesionales locales y que al hacerlo se "encargan de formular política". Esto implica que la política es influenciada tanto por las agendas locales de gestión como por las culturas profesionales, individuales y de grupo. En palabras de Preston-Shoot, (2001:9) por "la forma que se hacen las cosas aquí" (en Evans y Harris, 2004:873). En este sentido, también se han realizado estudios empíricamente fundamentados, que aplicando las ideas de Lipsky han mostrado la continuidad de la discrecionalidad en las organizaciones públicas, como son los trabajos de Ellis *et al* (1999), Baldwin (1998, 2000), Evans y Harrys (2004), entre otros. En síntesis, para Lipsky, la discrecionalidad es "un componente irreducible en los SLBs, un componente que los gerentes no pueden eliminar" (Evans y Harrys, 2004:879).

En otros casos, como se expresó más arriba, otra secuencia de estudios ha mostrado el impacto del gerencialismo, como límite a la discrecionalidad, específicamente en los profesionales de trabajo social, lo que ha redundado, afirman, en una disminución de la discrecionalidad (en el trabajo social británico), esto es, que el poder de la administración ha atravesado la práctica profesional y ha logrado instituir mecanismos de control en la práctica de estos profesionales. Ejemplo de ello, son los trabajos de Lawson (1993), Clarke y Langan (1993), Clarke y Newman, (1993), Clarke *et al.* (1994), Clarke y Newman (1997), Hadley y Clough (1997), Harris (1998^a), Lymbery (1998, 2000), Jones (1999), Langan (2000), de acuerdo a Evans y Harrys (2004). Sin embargo, tal y como afirman estos autores, "la existencia de reglas no es

inevitablemente la muerte de la discreción, más bien, por la creación de reglas se crea discreción” (Evans y Harris, 2004:883).

En ese sentido es necesario considerar que, si bien la política conlleva un espacio de discrecionalidad para llevarla a cabo, su negación puede ser en sí misma una forma de discrecionalidad que puede usarse para subvertir la política (Evans y Harris, 2004:889). Es así que la excesiva normatividad puede producir paradójicamente mayor discrecionalidad, por la necesidad de ajustar la práctica a esas normas. A su vez, otro de los factores que señala Lipsky, según afirman Evans y Harris, (2004), es que los burócratas del nivel de la calle pueden negar su propia discrecionalidad para “protegerse de tener que tomar decisiones difíciles y ser sometidos a la culpa” (Evans y Harris, 2004:889). Esto ocurre en contextos de gran escasez de recursos, donde la posibilidad de decidir a quién otorgar un beneficio resulta poco atractiva.

Por otra parte, sostienen Jamous y Pelolille (1970, en Evans y Harris, 2004:890) que el logro de estatus profesional y la discrecionalidad que va con ella, es un proceso político, pues destacaron la influencia de las opiniones y los valores de las fuerzas sociales más amplias, en torno a la cual opera un grupo profesional, que al valorizar concepciones particulares de la profesión genera un contexto político e ideológico para el ejercicio de la discreción, convirtiendo así al grupo profesional en un actor político. Sin embargo, así como puede verse el profesionalismo como la garantía de un servicio adecuado de forma individual, también para otros puede ser considerado un “buffer” para protegerlos de la responsabilidad de difíciles decisiones de racionamiento. Por lo tanto, las cuestiones político-ideológicas de la discrecionalidad son complejas y multidimensionales, planteando interrogantes como: ¿quién la construye y a quién beneficia?, ¿cuál es la importancia de la discrecionalidad?, ¿qué forma debería tomar? (Evans y Harris, 2004:891).

Estos planteos tienden a mantener vigente la visión de Lipsky, sobre todo en los momentos actuales donde, en contextos de limitaciones de recursos y alta demanda de servicios públicos en la Región Latinoamericana, posiblemente se reproducirían las condiciones o circunstancias similares a las encontradas por dicho autor en sus inicios, por lo tanto, su trabajo “brinda un conjunto de herramientas útiles para analizar la construcción de la discrecionalidad” (Evans y Harris, 2004:892).

Tal como se ha mencionado al inicio de este trabajo, en América Latina existe

muy poca aplicación empírica del enfoque de análisis de Lipsky sobre la implementación. En similar sentido se expresan Salej, et al (2016), aun cuando en su país se cuentan varios casos de estudios sobre el tema, quienes realizan un trabajo titulado: “De vuelta a Lipsky: el caso del Programa Estructural en Áreas de Riesgo (PEAR) del Municipio de Belo Horizonte (Brasil)”.

En dicho trabajo se plantean interrogantes sobre cómo se comportaría el enfoque lipskiano en contextos diferentes a los cuales se había originado. En este sentido, los autores antes mencionados muestran en un estudio de caso, utilizando metodología cualitativa, que, si bien pueden verificar la existencia de amplia discrecionalidad, ésta no es utilizada para limitar o reducir la demanda de los clientes, sino al contrario, para ampliarla, por lo que cuestionan este argumento. En este sentido afirman que el “poder discrecional es ejercido de manera situacional, con los objetivos de incluir o dilatar la atención de beneficiarios, promover la participación comunitaria, mediar los conflictos o controlar los recursos disponibles” (Salej, *et al*, 2016:132). Además, los SLBs del programa analizado, se autoperciben como un grupo de “salvadores” legítimos, con obligaciones personales basadas en gratificaciones morales y afectivas (Salej, *et al*, 2016), lo que es consecuencia del tipo de programa, donde el problema a resolver implica a personas en riesgo de pérdida de vida. Por lo tanto, se han podido verificar en este caso sólo parcialmente, las descripciones correspondientes a las respuestas dadas por los profesionales de pie de calle o *Street Level Bureaucrats*. Esto demuestra, al menos en este caso, que los cambios de contextos pueden afectar algunos argumentos de la teoría de la *Street Level Bureaucracy* y a su vez implica que se requiere continuar con estudios de estas características para poder acrecentar el conocimiento sobre este tema en esta parte del mundo.

Cabe recordar que, a nivel analítico, el estudio de la SLB conlleva la observación de las estrategias de acción desarrolladas por los empleados de línea, trabajadores de pie de calle o *Street Level Bureaucrats* durante el proceso de implementación de políticas públicas, y más específicamente, durante el contacto con los usuarios (clientes) de los servicios, en la acción específica de producción de los servicios. A nivel empírico, ello conlleva la descripción de tales estrategias en torno al rasgo principal que las define en el caso de las burocracias de los niveles inferiores de la estructura, tal

y como se ha explicado más arriba, esto es la discrecionalidad.

En este sentido, Hill y Hupe (2014, 2015) construyen una ‘matriz’ basada en el Marco de Gobernanza Múltiple² adaptada por ellos para identificar qué factores y en qué escalas de acción, han tenido mayor relevancia en el estudio de la burocracia a nivel de la calle, que sitúa las dimensiones operativas que se han considerado para los análisis de la discrecionalidad decisoria.

En primer lugar, los autores destacan que la mayoría de los estudios abordan la escala de acción del individuo, lo cual es obvio, pues, de ello se trata la denominación “burócratas a nivel de la calle”, la que se suele identificar como variable dependiente. Los resultados de estos estudios pueden variar desde “discreción” (resultados de comportamiento) hasta “variación en resultados de políticas”, quedando esta última fuera de la matriz, debido a que corresponde al momento de la evaluación de políticas. Hay estudios que hacen hincapié en lo que sucede en la interacción directa entre los funcionarios públicos y clientes individuales (Comportamiento o *Behavior*). En ellos se utilizan técnicas cualitativas (con un n pequeño), pero también se usan técnicas de encuestas para preguntar sobre el comportamiento a los SLBs. En este caso las respuestas funcionan como un “*proxi*” para medir la acción individual.

Otros estudios se han realizado bajo el título de “burocracia representativa”, donde se coloca una gran atención sobre las características estructurales de las personas en el servicio público, tales como: género, origen étnico y edad.

Otra línea de estudios se concentra en la gestión pública, en el *management*, sin embargo, la atención a la escala de organizaciones está menos presente en la investigación sobre la burocracia a nivel de calle que en los actores individuales (con excepciones, p. ej., Riccucci, 2005).

También se ha desarrollado una vasta literatura en redes de trabajo, donde algunos abordan explícitamente las redes que tejen los burócratas del nivel de la calle en su trabajo (*setting*). Por otra parte, se puede encontrar un enfoque en tareas (*task*) en investigaciones sobre las percepciones de la burocracia, diseño de trabajo,

² El Marco de Gobernanza Múltiple refiere a los distintos actores o instituciones que intervienen, en la ejecución de una política. Asume al menos dos formas: territorial, cuando intervienen distintos niveles de gobierno (Federal o nacional, provincial y municipal), también llamada Relaciones Intergubernamentales. Y la Funcional, cuando intervienen organismos relacionados jerárquicamente o no, los actores pueden ser públicos y privados. Este tipo termina generalmente en una estructura de gobernanza territorial. (Diccionario de Ciencia Política y Administración)

automatización y el papel de las rutinas, los grupos de trabajo y aprendizaje de equipos.

Asimismo, son abundantes los estudios sobre administración de trayectorias políticas, pero la atención a los SLBs es menos importante (Hupe, 2014). Los análisis sobre mandatos y delegación también reciben atención, pero es raro encontrar diseños de investigación que apunten a los SLBs. Los análisis sobre la esencia de los programas de política (objetivos e instrumentos) son objeto de un tipo diferente de estudios y no incluyen a la SLB. También son raros los estudios de SLB que estén conectados con el nivel del sistema (contexto), aunque está claro que el mismo ejerce una “influencia sustancial” en el gobierno en acción.

Cuadro 3.2. Grupos de factores que explican el gobierno-en-acción

Escala de Acción	Dimensión de la acción		
	Estructura	Contenido	Procesos
Sistema	Contexto	Orientación	Control
Organización	Contexto organizacional	Tareas	Administración
Individual	Antecedentes	Habitus	Comportamiento

Fuente: Hill y Hupe (2014, 2015)

El Cuadro 3.2. presenta un ‘mapa’ operativo inicial que guiará en este estudio la definición de las principales dimensiones y variables consideradas para indagar, en primera instancia, sobre la existencia de ‘discrecionalidad’ entre los profesionales de atención primaria en la Provincia de San Luis (Argentina). En segundo término, interesa conocer en qué medida influyen en su extensión y variación las diferentes escalas de acción en las que se observa, en este caso, las escalas organizacionales y la individual. De forma más concreta si se prefiere, ¿existe discrecionalidad entre los médicos de atención primaria en San Luis? y, ¿cómo afectan los factores organizacionales en su variación?, son las preguntas a las que tratará de dar respuesta empírica en los siguientes apartados de este trabajo.

3.3. Analizando la *Street Level Bureaucracy*: definición operativa y propuesta de medición.

Lo hasta aquí planteado supone una revisión del concepto de *Street Level Bureaucracy*, controversias sobre su medición y algunos ejemplos empíricos desarrollados a partir del estudio seminal de Lipsky, como se ha mencionado. De hecho, como se ha visto, la definición teórica de Lipsky es la base a partir de la cual se han ido realizando nuevas aportaciones en los más recientes análisis sobre este asunto.

En este caso, nos centraremos en explorar entre el colectivo de médicos de Atención Primaria algunos de los elementos clave de este concepto, especialmente los relacionados con la organización, o más específicamente, con los efectos que aspectos organizacionales tienen sobre la discrecionalidad de los profesionales médicos de atención primaria en un contexto de recursos escasos, como es el sistema público de salud, la política de salud, en la provincia de San Luis (Argentina).

Tal y como ha quedado evidenciado en la literatura especializada al respecto, junto con los factores de demanda, el estatus profesional y los juicios propios y valores de los profesionales, los aspectos organizacionales se han revelado también en estudios recientes como variables explicativas -aunque no siempre analizadas- de las variaciones en el desarrollo de la discrecionalidad de los trabajadores 'a pie de calle'. Así pues, la pregunta principal que se plantea es de qué forma influyen estos elementos de estructura organizacional en las decisiones tomadas por los profesionales (médicos) de atención primaria; cómo interaccionan con variables explicativas 'clásicas' como las características de la demanda, las características individuales, incluidas opiniones y creencias o los recursos disponibles en el desarrollo profesional de la atención primaria.

Como se ha señalado, la capacidad de los trabajadores del último nivel de tomar decisiones respecto a la prestación de los servicios está en gran medida relacionada con el volumen y tipo de demanda (Lipsky, 1971; 1980; 2010). De esta forma, es de esperar que cuando esta se trata de servicios básicos, esta es diversa y masiva, de manera que los SLBs reciben mayor presión lo que puede reflejarse en una mayor discrecionalidad. Es decir, que se dé mayor tendencia a adaptar los recursos

disponibles en función de las necesidades de la demanda específica. Así mismo, la disponibilidad de recursos (materiales fundamentalmente), que son provistos por la propia política y la organización, conlleva la necesidad de tomar decisiones sobre su distribución, independientemente de los criterios de deliberación establecidos en la propia política (requisitos de acceso, por ejemplo). Obviamente, ambos elementos están estrechamente relacionados, como así se ha evidenciado en la literatura al respecto (Lipsky 1971, 1980, 2010; Riccuci, 2005; Evans y Harrys, 2004, entre otros).

Pero, además, como se ha mencionado anteriormente, diversos estudios han tenido en consideración el efecto de las variables organizacionales, especialmente la estructural, (Simon, 1979; Hall, 1996; Lawrence y Lorsch, 1967), la mayor o menor centralización (Mintzberg 1984), en el sentido que las presiones que la normativización, la estructura jerárquica o el lugar de los profesionales en la estructura organizativa pueden 'controlar' la capacidad de adaptación a las necesidades de la demanda.

Por otra parte, como se ha visto, el propio concepto de 'discrecionalidad' está sujeto a controversia, particularmente en lo que se refiere a su medición operativa. (Maynard-Moody y Musheno, 2000; Ricucci, 2005; Tummers y Bekkers, 2014). Conviene por tanto adoptar una definición más o menos consensuada teóricamente a partir de la cual elaborar una definición analítica que permita el paso operativo de cara a su medición empírica. En este sentido, las definiciones aportadas (Simon, 1979; Lipsky, 1971, 1980; 2010; Davis, 1971; Ellis, 2011, etc.) permiten clarificar al menos que se trata de una estrategia fundamentalmente basada en la capacidad de los SLBs de tomar decisiones ante la prestación de servicios, que pueden estar más o menos orientadas hacia las normas conocidas y explícitamente recogidas en los procedimientos normativos o hacia una consideración de juicios propios (basados en valores y experiencia) en una 'consideración' más subjetiva de las medidas a adoptar en función de la demanda.

De esta forma, empíricamente, la discrecionalidad supondría una toma de decisión que puede reconocerse a través de una escala que recoja la medida en que aquella es motivada ya sea en base a la norma, ya sea en base a juicios profesionales propios.

Sobre esta primera aproximación se han desarrollado diversas propuestas de operacionalización, en cada caso en función de los sujetos (profesionales) y contextos de implementación observados (trabajadores sociales, educadores, policías, etc.) Así, por ejemplo, Tummers *et al.* (2015) proponen la idea de cercanía o lejanía respecto a las necesidades específicas del cliente (usuario de la política), pudiéndose observar a partir de tres tipos de estrategias del trabajador de pie de calle: 1) el uso de recursos propios tomando una decisión basada en la empatía hacia el cliente (usuario), 2) el uso de la racionalidad, estableciendo más prioridad a la norma y los recursos disponibles y 3) el seguimiento rígido de la norma.

De forma similar, Ricucci (2005) propone una escala de medición de las actitudes de los SLBs en base a la frecuencia en la que se orientan a partir de la norma o a partir de juicios propios en la toma de decisiones. En este estudio, se ha adaptado la propuesta de Ricucci (2005), para analizar diferentes cursos de acción dentro de un mismo sector profesional y en un mismo contexto de implementación. Así, surgen interrogantes como: ¿en que basan sus decisiones los profesionales médicos del servicio de atención primaria cuando se trata de una atención genérica y cuando se trata de atención especializada?, es decir, ¿en qué medida los profesionales valoran la decisión a tomar a partir de juicios propios en cada una de las medidas o protocolos establecidos en el servicio de atención primaria?

De esta forma, la variable dependiente ‘discrecionalidad’ podrá ser analizada a partir de la observación de las estrategias adoptadas por los médicos en distintas ‘medidas’ incluidas en el servicio de atención primaria³.

A nivel operativo, por tanto, la variable dependiente, discrecionalidad, se define como la posibilidad por parte de los profesionales de observar o no las normas en sus decisiones cotidianas y aplicar sus propios juicios de valor, observada en tres medidas o ‘tareas’ diferentes dentro del servicio de Atención Primaria de Salud: atención general, atención especializada e internamiento. Se trata de ver en qué medida las decisiones que toman en cada tipo de intervención (medida) se orientan en base a criterios normativos o en base a juicios profesionales propios

³ Los tipos de decisiones o medidas a tomar por los médicos se identificaron a partir de las políticas establecidas y explicitadas formalmente por el Ministerio de Salud.

Cuadro 3.3. Esquema de análisis de la discrecionalidad decisoria entre los médicos de atención primaria.

CONCEPTO	DIMENSIÓN	MEDIDAS	INDICADORES
DISCRECIONALIDAD DECISORIA	Toma de decisiones	Atención general	Norma vs juicio profesional propio
		Atención especializada	Norma vs juicio profesional propio
		Internamiento	Norma vs juicio profesional propio

En cuanto a las variables explicativas, como se ha visto a partir de la literatura y estudios al respecto de la SLB, se parte de la consideración de variables clásicas sobre las que se ha mostrado que ejercen algún efecto sobre la discrecionalidad decisoria de los burócratas, a saber: el factor demanda, los aspectos individuales y los aspectos organizacionales. La Tabla 3.4. muestra el esquema analítico general, proponiendo el conjunto de variables que habrán de tenerse en cuenta en el estudio de la discrecionalidad decisoria según los planteamientos expuestos más arriba. A partir de este planteamiento general se ha elaborado una herramienta (cuestionario)⁴ de recogida de información para proceder al análisis de las cuestiones planteadas respecto a la discrecionalidad decisoria de los profesionales (médicos) de atención primaria en la Provincia de San Luis. A saber: ¿existe discrecionalidad decisoria en dicho colectivo profesional?; de ser así, qué factores lo explican o más concretamente, ¿cómo cuentan los factores organizacionales en la explicación de las variaciones observadas en la discrecionalidad decisoria de los médicos?

⁴ Puede consultarse el cuestionario completo en el Anexo 3.1

Cuadro 3.4. Esquema analítico para el estudio de la discrecionalidad decisoria entre los profesionales médicos de Atención Primaria en San Luis (Argentina)

¿Qué factores influyen en la discrecionalidad decisoria de los médicos de Atención Primaria?				
NUEVAS VARIABLES			VARIABLES CLÁSICAS	
INDEPENDIENTES		DEPENDIENTE		INDEPENDIENTES
Factores organizacionales	<i>Estructura organizativa</i>		<i>Carga de trabajo</i>	Factores demanda
	<i>Coordinación</i>	DISCRECIONALIDAD DECISORIA	<i>Rasgos personales</i>	Factores Individuales
	<i>Organización del Área de Trabajo</i>		<i>Experiencia profesional</i>	
	<i>Comunicación</i>		<i>Percepciones</i>	
	<i>Supervisión</i>			
	<i>Organización informal</i>			

A continuación, se exponen los principales argumentos y propuesta de operacionalización de las denominadas ‘variables clásicas’ y ‘nuevas variables’ y el efecto que se les supone sobre la discrecionalidad decisoria de los profesionales (médicos)

Respecto al factor demanda, se ha medido a partir de la carga de trabajo que supone la atención a los pacientes, el número de pacientes diarios atendidos, por un lado, y el tiempo promedio de atención dedicado a cada paciente, por otro lado. Implica conocer si existe sobrecarga de trabajo o sobre-demanda.

Cuadro 3.5. Factores de “demanda”

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES
DEMANDA	Carga de trabajo	Número de personas atendidas por día
		Tiempo dedicado a cada paciente (en minutos)

Atendiendo a las variables de nivel individuo (escala individual), se considerarán variables socio-demográficas como el sexo y la edad, la especialidad (formación especializada), y el cargo y experiencia en el puesto. Además, se considerarán variables

actitudinales, como la opinión de los profesionales respecto a la política de salud, y opiniones y creencias sobre los beneficiarios de la misma. La opinión sobre la Salud Pública Provincial se considera en base a evidencias previas⁵ que muestran que las opiniones de los profesionales pueden influir en su comportamiento diario, léase, en las estrategias decisorias que adoptan en la prestación de los servicios; en el mismo sentido se considera la opinión sobre los beneficiarios de la Atención Primaria, al efecto de detectar si opiniones y creencias sobre los mismos pudieran afectar a dichas estrategias decisorias entre los profesionales de atención primaria de salud. Ambas se medirán a partir del grado de acuerdo o desacuerdo con los ítems propuestos.

Cuadro 3.6. Factores individuales

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES
Rasgos personales	Género	Varón-mujer
	Edad	Edad cumplida
Experiencia profesional	Antigüedad en el puesto	Nº de años en APS
	Puesto	Médico CAPS Jefe CAPS
	Área	Especialidad Medicina General
Percepciones sobre Política de Salud	Opiniones sobre la Salud Pública Provincial	Calidad de atención
		Derechos de los ciudadanos
		Recursos humanos
		Recursos materiales Infraestructura
Percepciones sobre beneficiarios	Opiniones sobre los usuarios	Asistencia que reciben
		Posición socio-económica
		Adecuación del servicio de APS para diferentes beneficiarios

En cuanto a la escala organizacional, se han considerado las variables sobre las que la literatura especializada ha mostrado evidencias sobre las mismas, en relación al efecto que pueden ejercer en la discrecionalidad decisoria. Así, la ‘estructura organizativa’ o división del trabajo que prevé relaciones entre los niveles organizativos, tanto formales como informales, observada a través de los diferentes niveles de la estructura administrativa de los centros de trabajo y el grado de descentralización en

⁵ Se realizaron entrevistas previas entre algunos médicos y se trabajó con los objetivos de la política.

la toma de decisiones, ocupa un lugar importante en este estudio. La Estructura Organizacional refiere a un tema central en las organizaciones y es cómo se toman las decisiones. Esta característica es muy importante pues un grado alto de centralización (en una escala 1 a 5 desde muy centralizada a descentralizada) posibilitaría un mayor grado de discrecionalidad, dado que las decisiones se toman lejos de los lugares donde se ejecutan y generalmente quién toma las decisiones desconoce las problemáticas de los micro espacios donde se implementan las políticas, es allí donde emerge la mayor discrecionalidad al tener el profesional que adecuar las normas a los casos particulares.

También la ‘coordinación’ o formas de interacción formal o informal necesarias para alcanzar los objetivos de la unidad organizacional, medida a partir de la frecuencia en la que se mantienen reuniones entre las distintas unidades. Se incluyen en este sentido tres preguntas diferentes. La primera alude a la coordinación formal (reuniones con el Jefe de Área o Servicio) necesaria para alcanzar los objetivos de la política. Se ha medido a través de una escala de 1 a 5 (desde ‘nunca’ a ‘siempre’). Indicaría la frecuencia de reuniones con ese motivo. La ausencia de la misma indicaría una falencia organizacional que conduciría a déficits de implementación. Se combina con la segunda, que indaga si se realizan o no reuniones periódicas con el jefe. En caso afirmativo se pasa a indagar sobre la frecuencia de las mismas medidas desde 1 vez por semana hasta cada 2 meses o más. Por último, se considera si el jefe realiza reuniones cuando él lo necesita, con el objetivo de conocer cierta característica del jefe. Su respuesta positiva indicaría desinterés del mismo en la posible conformación de equipos de trabajo con los SLB.

La ‘organización del área de trabajo’⁶ o formas internas en que se distribuyen las tareas y los materiales para alcanzar los objetivos junto con la ‘comunicación’ (vertical y horizontal)⁷ y la ‘supervisión’ (formal e informal)⁸ completan el set de variables a considerar en el nivel organizacional estrictamente hablando, es decir, como aspectos

⁶ Refiere a si las áreas están organizadas para alcanzar los objetivos de la política y a la existencia de dotación de recursos materiales como insumos específicos, medicamentos, tecnología, información, etc. necesarias para ejecutar la política. Se mide en una escala de 1 a 5 desde Poco organizada a Muy organizada.

⁷ Indaga sobre la comunicación “Horizontal” entre pares, a través de tres preguntas diferentes en el cuestionario, una referida a la comunicación formal, es la que fluye por vías jerárquicas; la segunda y tercera aluden a si el profesional se siente representado por su jefe. Las dos últimas intentan caracterizar alguna modalidad de liderazgo del mismo. Siendo una problemática crucial en las organizaciones, de modo que su existencia se equipara al flujo sanguíneo de un organismo vivo, sin ella la organización se paralizaría.

⁸ La primera hace alusión a tipos de controles normativos que existen en organizaciones tradicionales y el segundo a controles más flexibles que están relacionados con la confianza en el ámbito laboral, a su vez con el tipo de comunicación asociada (informal), al clima laboral, a los vínculos entre jefe y subordinados.

organizacionales formales que definen cada organización, hospitales o centros de salud en este caso.

Además, y dentro también de la escala de observación organizacional, se tendrá en cuenta la ‘capacitación’ que reciben los SLBs por parte de la organización para mejorar el alcance de los objetivos. En este sentido, se ha consultado sobre temas específicos de la APS y que el gobierno había declarado hacerlo. Primero se pregunta por la existencia de cada tema y segundo si ha sido formal (cursos, talleres, jornadas en aulas preparadas a ese efecto) e informal (entrenamiento en el lugar de trabajo, transmisión de experticia por parte de los jefes, etc.). Refiere a la capacitación y entrenamiento de los profesionales, brindada por la organización, en temáticas necesarias para su desempeño laboral. La no existencia de estas actividades constituye una de las características de los SLB. (Lipsky, 1971, 1980, 2010).

Dentro de este bloque se incluyen también percepciones individuales de los profesionales del servicio de Atención Primaria de Salud sobre la ‘libertad de expresión’, el ‘clima laboral’ y la ‘satisfacción con el trabajo’⁹, todas en escala (1:5)

Por su parte, la libertad de expresión consulta sobre el grado de libertad que poseen los SLBs para plantear los problemas relacionados con su trabajo. Aquí se pretende detectar la existencia de confianza con su jefe o posibles temores de expresarse. Respecto a la satisfacción con el trabajo y el clima laboral se consideran bajo el supuesto que un profesional que se siente bien en su trabajo tendría mejor rendimiento y más libertad respecto a estrategias decisorias.

⁹ Estas tres últimas variables podrían considerarse de nivel o escala individual, pero tradicionalmente son consideradas en los análisis como indicadores de ‘organización informal’, en la medida en que manifiestan y describen relaciones que surgen espontáneamente entre los integrantes de la organización como producto de los cargos que ocupan.

Cuadro 3.7. Factores organizacionales

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES
Estructura organizativa	Jerarquías	Niveles de Estructura administrativa
	Toma de decisiones	Grado de descentralización
Coordinación	Transmisión de información	Reuniones de trabajo entre responsables y entre responsables y subordinados
Organización del Área de Trabajo	Distribución de tareas y materiales	Grado de organización
Comunicación	Canal de información	Vertical
		Horizontal
Supervisión	Formas de control	Formal
		Informal
Organización informal	Relaciones personales	Libertad de expresión
		Clima laboral
		Satisfacción con el trabajo

Por último, se ha incluido un bloque sobre los Objetivos de la Política de Atención Primaria de Salud de San Luis, a través de tres variables que recorren su conocimiento por parte de los profesionales de APS, la forma en que están expresados y la importancia que conceden a los mismos en su desempeño profesional como variables de control. Como se ha dicho más arriba, los objetivos de la política, como contexto específico en el que se desarrolla la provisión de servicios tienen relación con las decisiones, o más concretamente con las estrategias de discrecionalidad decisoria de los burócratas.

En este sentido se considera también la Modalidad de Ingreso al Sistema de Salud (Ley de Carrera Sanitaria), en la medida en que ello refleja la normativa formal (por concurso) de acuerdo a la Ley de Carrera Sanitaria de la Provincia, las otras opciones son modalidades informales, como contrato y designación directa. En esta última se requiere indicar las causas tratándose de captar una de las modalidades informales que son propias de la Región Latinoamericana y especialmente del tipo de régimen político vigente en la provincia.

En el siguiente capítulo se abordará el análisis empírico, de acuerdo con los planteamientos analíticos aquí presentados.

CAPÍTULO 4

DISCRECIONALIDAD DECISORIA ENTRE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS (ARGENTINA). EXTENSIÓN Y FACTORES EXPLICATIVOS

“Many of the issues about street-level discretion have been set in a context in which there are varied and contested claims about the extent to which the actors are professionals rather than bureaucrats.”

Hupe, M. Hill, M. y Buffat, A. (2015)

En este Capítulo se expondrán los principales resultados obtenidos del estudio llevado a cabo entre los profesionales médicos de Atención Primaria de Salud de la Provincia de San Luis (Argentina). Cabe recordar que, en el marco del estudio de la *Street Level Bureaucracy* que se ha presentado previamente, se trata de responder a dos cuestiones principales en torno al análisis del papel de los *Street Level Bureaucrats* en la implementación de políticas públicas: 1) ¿Existe discrecionalidad en la política de salud? Lo que nos llevará a describir las actitudes y estrategias de acción de los profesionales como implementadores, trabajadores de línea o *Street Level Bureaucrats* y 2) ¿Qué factores lo explican? Lo que nos llevará a un análisis de la relación entre los diferentes factores explicativos considerados, bajo el supuesto o hipótesis principal según la cual, los factores organizacionales influyen aumentando la presión sobre los

trabajadores de línea (médicos) suponiendo ello un ambiente incierto para la toma de decisiones lo que aumentaría la discrecionalidad.

4.1. Caracterizando el universo de estudio: médicos de Atención Primaria de Salud en la provincia de San Luis

Para dar respuesta a las preguntas planteadas, se ha llevado a cabo una encuesta entre los médicos de APS de la Provincia. El método de muestreo ha sido aleatorio, mediante entrevista presencial realizada entre julio y septiembre de 2015 sobre un universo de 200 médicos¹, obteniéndose un total de 90 casos válidos², lo que supone un margen de error del 4%.

Los centros han sido clasificados en tres tipos en función de su tamaño en términos del número de médicos empleados en el servicio de Atención Primaria. Así, se consideran centros pequeños aquellos que cuentan con al menos 1 médico de APS en servicio, centros medianos los que cuentan con entre 2 y 5 médicos y centros grandes los que cuentan con entre 5 y 10 médicos de APS en servicio. La muestra obtenida se distribuye de la siguiente manera en relación al tipo de centro y sexo de los profesionales entrevistados:

Tabla 4.1. Distribución de Profesionales médicos según sexo y tipo de Centro

Tipo de Centro	Médicos (%)		Total (%)
	Hombres	Mujeres	
Pequeño	34,3	36,4	35,6
Mediano	42,9	21,8	30
Grande	22,9	41,8	34,4
Total	38,9	61,1	100

Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

Como se muestra en la tabla anterior, las mujeres representan el 61% de la

¹ El marco muestral se ha tomado de los registros obtenidos en entrevistas a las Coordinadoras APS San Luis y APS Villa Mercedes y Jefa Administrativa de Medicina del Interior del Ministerio de Salud de la provincia quienes brindaron la información.

² De 95 casos válidos, 3 de ellos no han podido considerarse en los análisis debido a la alta tasa de no respuesta en las variables centrales para el estudio, y 2 por ser los únicos que representan contextos rurales, teniendo por tanto este tipo de contexto una representatividad muy baja, por lo que para los análisis finales solo se han tenido en cuenta las respuestas de sujetos que desempeñan su actividad profesional en centros urbanos.

muestra, muy distribuido entre los tres tipos de centro. En relación a la edad, la media de los médicos entrevistados está entre 41-50 años, se trata de una población profesional joven. Su distribución por edad en los diferentes tipos de centro es la siguiente:

Tabla 4.2. Distribución de los profesionales según edad y tipo de Centro (%)

Tipo de Centro	Edad cumplida					Total
	25-30	31-40	41-50	51-60	>60	
Pequeño	42,9	44,4	21,6	43,8	66,7	35,6
Mediano	42,9	29,6	35,1	12,5	33,3	30
Grande	14,3	25,9	43,2	43,8		34,4
Total	7,8	30	41,1	17,8	3,3	100

Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

Por otra parte, el 20 % de los médicos/as entrevistados ocupaban el cargo de Jefe de Servicio de Atención Primaria, distribuidos de la siguiente forma entre los centros:

Tabla 4.3. Distribución de profesionales médicos/as según cargo que ocupa y tipo de Centro (%)

Tipo de Centro	Cargo que ocupa		Total
	Médico de CAPS	Jefe de CAPS	
Pequeño	40,8	16,7	35,6
Mediano	36,6		30
Grande	22,5	83,3	34,4
Total	78,9	20	100

Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

Una vez vista una caracterización general de los médicos/as incluidos en la muestra, a continuación, se procede al análisis específico de los cursos de acción que llevan a cabo en su quehacer cotidiano, o discrecionalidad decisoria, a partir de los planteamientos expuestos en el Capítulo anterior.

4.2. Discrecionalidad decisoria: dimensionalidad y extensión

Como se vio en el Capítulo tercero de este trabajo, la medición de la discrecionalidad se ha realizado a través de la pregunta incluida en el cuestionario, que recoge la frecuencia con la que los médicos en su quehacer cotidiano se mueven en la escala “normas \leftrightarrow juicios propios” (escala 1-5). Más concretamente, se indaga sobre las estrategias y cursos de acción que desarrollan en torno a medidas y actuaciones específicas de los servicios de atención primaria, según variables identificadas al efecto. Como primera aproximación en la Tabla siguiente puede verse en qué medida se sitúan los médicos de APS entrevistados en la escala de discrecionalidad decisoria, en cada una de las actuaciones y servicios considerados.

Tabla 4.4. Toma de decisiones de acuerdo a normas o juicios propios. Medias (Escala 1- 5)

En las siguientes áreas, en qué medida se toman las decisiones sobre la base de reglas del organismo público de salud, y en qué medida están basados en su criterio personal	Media	Desviación estándar	N
Programa de Vacunación	1,2	0,6	90
Autorizar traslados a otros centros de salud	2,3	1,4	89
Entregar remedios gratuitamente	2,3	1,4	88
Eximir al paciente de requisitos para acceder a beneficios de salud pública	2,5	1,3	84
Internación de pacientes de la tercera edad	2,2	1,3	85
Internación de niños y sus madres	2,2	1,3	87
Otorgamiento de licencias por enfermedad	2,5	1,4	89
Acceso a programas de salud especiales (ej. Celíacos, diabetes, etc.	1,8	1,1	85
Brindar información sobre modos de prevención de enfermedades	2,5	1,4	88
Exceptuar de la aplicación de protocolos preestablecidos	2,2	1,4	76
Exceptuar de la aplicación de procedimientos administrativos preestablecidos	2,3	1,3	77
N válido (por lista)			66

Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

Puede observarse en principio que la mayor tendencia a valorar a partir de juicios profesionales propios se produce en torno a las medidas que suponen internación o derivación de pacientes, lo que nos habla ya de una cierta dimensionalidad de la escala de discrecionalidad.

Para ver la dimensionalidad de esta escala de discrecionalidad, esto es, la validez de constructo de la misma, se ha realizado un análisis factorial³ que como resultado permite agrupar los ítems en tres factores o dimensiones: actuaciones de carácter genérico, actuaciones de internamiento y actuaciones de atención especializada. Dicho de otra forma, se pueden clasificar las actuaciones en tres tipos en razón de su carácter más o menos genérico, más o menos especializado. De este proceso surge la definición de tres variables respecto del uso de la discrecionalidad decisoria de los médicos de APS, sobre las que se harán observaciones independientes.

Tabla 4.5 Actuaciones en Atención Primaria de Salud y discrecionalidad decisoria (Escala 0 -1)

Actuaciones	Discrecionalidad: normas vs juicios propios (0 1)
Atención general	0,362
Atención especializada	0,132
Internamiento	0,308

Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

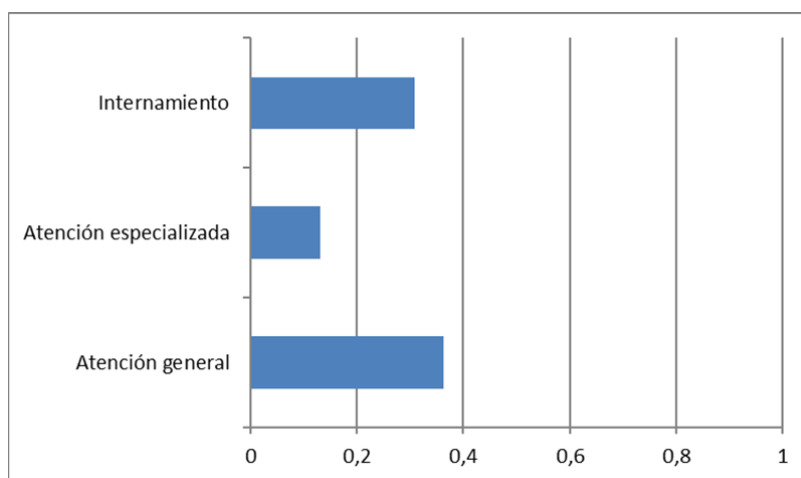
En términos generales, se puede observar que en los tres tipos de actuaciones la discrecionalidad es baja, menor de 0,4 (en una escala 0 1). Aunque entre ellas, el tipo de actuaciones genéricas, las más comunes en el área de atención primaria por otra parte, tiende a una mayor discrecionalidad, esto es, a tomar decisiones basadas en juicios propios, mientras que las decisiones en torno a medidas de atención especializada estarían más sujetas a las normas conocidas y claras, o en ellas habría menor discrecionalidad. Las decisiones en torno a la necesidad de internamiento del paciente, estarían por su parte también más sujetas a juicios propios, casi en la misma medida que las actuaciones de atención genérica.

Muy probablemente la menor discrecionalidad en las actuaciones de atención especializada se deba a que los médicos de atención primaria no pueden llevar a cabo decisiones de medicina ‘especializada’, pareciendo pues un comportamiento lógico que cuando se trata de alguna intervención especializada la decisión sea lo más

³ Para ello se han eliminado los ítems con una tasa de respuesta en la categoría Ns/Nc superior a 5%, incluyendo en el análisis únicamente los que se sitúan en una tasa normal de respuesta (<5%). En concreto los ítems eliminados son: ‘Exceptuar de la aplicación de protocolos establecidos’ y ‘Exceptuar de la aplicación de procedimientos administrativos preestablecidos’ (ambos con una tasa de Ns/Nc de 15%).

cercana posible a lo establecido en la norma.

Gráfico 4.1. Dimensionalidad de la discrecionalidad en Atención Primaria



Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

Resulta muy llamativo la baja discrecionalidad declarada entre los médicos encuestados. Quizás ello pueda deberse, entre otros factores, a las características del contexto político, específicamente las referidas al control personalista, apuntadas en el Capítulo 2, y más concretamente a la precariedad de su designación. De hecho, si se tiene en cuenta la modalidad de ingreso en el Sistema de Salud Pública de los médicos entrevistados sólo el 29,5% ingresó por concurso, de acuerdo a la normativa vigente (Ley de Carrera Sanitaria), el 54,7% por contratos y el 15,8% por designación directa⁴ que, según la información brindada por los entrevistados, se renuevan automáticamente cada tres meses.

Tabla 4.6. Modalidad de Ingreso al Sistema de Salud Pública provincial

Modalidad de ingreso	%	n
Concurso abierto	29,5	28
Contrato	54,7	52
Designación Directa	15,8	15
Total	100,0	95

Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

⁴ Ambas constituyen modalidades informales de ingreso, por su extensión en el tiempo.

Esta modalidad informal otorga un alto grado de inestabilidad a su empleo, ya que su renovación quedaría sujeta a la voluntad política de quienes gobiernan, lo que manifiesta la alta discrecionalidad en el manejo de los organismos públicos por parte de los gobernantes, también descrita en Capítulo 2. Esto produciría, por un lado, alta inseguridad en el empleo y por otro, podría producir temor a la pérdida del trabajo⁵. Cabe aclarar que este aspecto no ha sido comprobado en este estudio, sin embargo, es muy probable su ocurrencia dadas las características del régimen político que influyen y modifican las relaciones intraburocráticas. No obstante, este tema debería continuar investigándose posteriormente.

Por ser tan baja la discrecionalidad en el tipo de actuación 'Atención Especializada', no se incluirá como variable en los modelos de análisis, por lo que estos se aplicarán únicamente a los dos tipos de actuaciones en los que sí se da cierto grado de discrecionalidad, esto es, 'Atención genérica' e 'Internamiento'.

Por otra parte, en lo que se refiere a los factores que pudieran explicar el mayor o menor grado de discrecionalidad en la distribución de las variables consideradas pueden observarse -a priori- algunos rasgos que apuntan a la presencia de Street level bureaucracy patterns, esto es, valores que apuntarían a que se puede dar mayor tendencia a decidir en base a juicios propios (claros cuando la media supera 0,5):

⁵ Si bien esto fue expresado en un solo caso, cabe resaltar que en dos localidades: la ciudad capital, San Luis y la ciudad de Justo Daract, los médicos se negaban a responder la encuesta, en la primera se percibió el temor (quizás por la cercanía del poder) y en la segunda, la negación se debió a que no estaban autorizados por su jefa, la Coordinadora de V. Mercedes, según sus declaraciones.

Tabla 4.7. *Street Level Bureaucracy Patterns (Escala 0-1)*

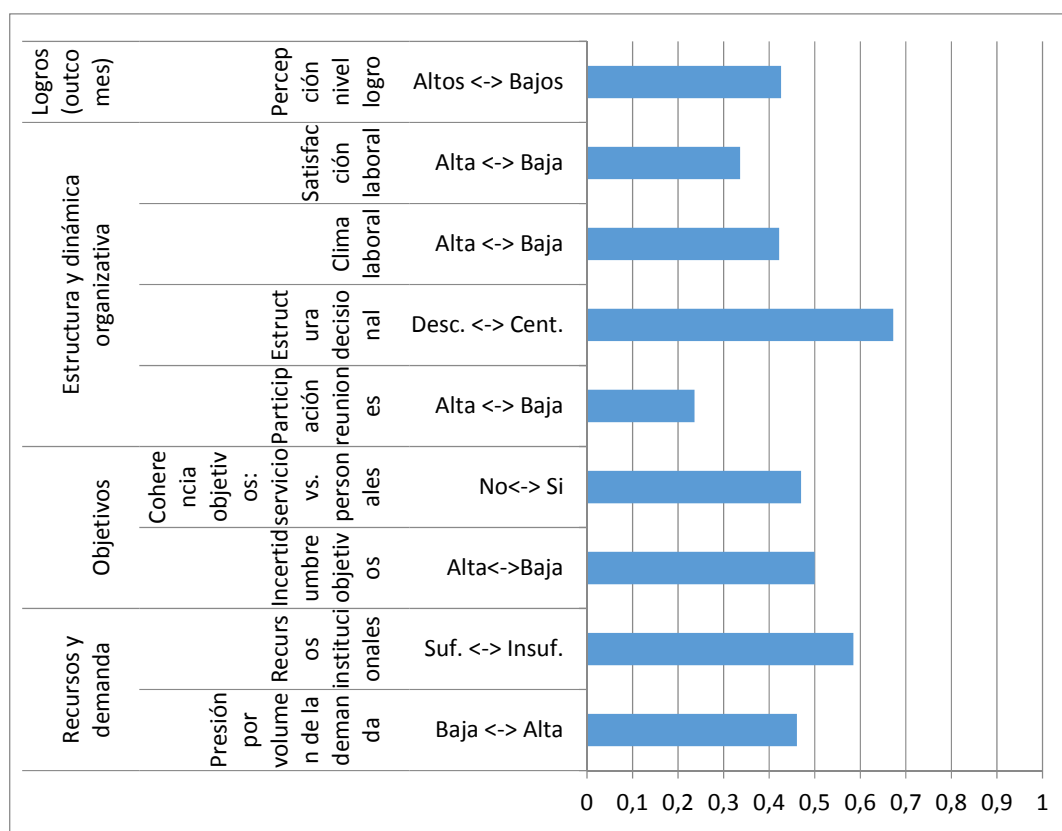
Variables	Indicador		Media
Recursos y demanda	Presión por volumen de la demanda	Baja <-> Alta	0,461
	Recursos institucionales	Suf. <-> Insuf.	0,585
Objetivos	Incertidumbre objetivos	Alta<->Baja	0,5
	Coherencia objetivos: servicio vs. personales	No coinciden<-> Coinciden	0,47
Estructura y dinámica organizativa	Participación reuniones	Alta <-> Baja	0,236
	Estructura decisional	Desc. <-> Cent.	0,672
	Clima Laboral	Alta <-> Baja	0,422
	Satisfacción laboral	Alta <-> Baja	0,336
Logros (outcomes)	Percepción nivel logro	Altos <-> Bajos	0,426

Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

Así, por ejemplo, en la Tabla 4.7. se presenta la distribución de las diferentes variables que de forma común vienen utilizándose para analizar la SLB, en las que puede observarse que apuntan claramente a la necesidad de considerar los factores de demanda y los recursos disponibles. Además, factores como los objetivos de la política (si son conocidos y si son coherentes con los objetivos personales como profesional de línea), también muestran valores que apuntan a su consideración como factores explicativos, al igual que la percepción del nivel de logro alcanzado por parte de los profesionales. Cabe recordar que estas últimas variables han sido menos consideradas en los estudios sobre SLB y su consideración supone por tanto una aportación a los mismos.

Según este análisis preliminar, los aspectos organizacionales, y concretamente el tipo de estructura decisional y el clima laboral tendrían un papel explicativo en relación a las estrategias o cursos de acción desarrolladas por los profesionales de Atención Primaria entrevistados, además de los elementos clásicos como la presión ejercida por la demanda y los recursos disponibles.

Gráfico 4.2. Factores explicativos de la discrecionalidad en los SLBs o médicos de APS



Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

Por otra parte, para analizar y comprender con mayor detalle la existencia de decisiones y estrategias de acción diferentes, así como su extensión, será útil conocer el perfil o características de los profesionales.

Para ello, se ha realizado un análisis de Anova en el que se han relacionado las características personales con la discrecionalidad, cuyos resultados se muestran en la Tabla 4.8.

Tabla 4.8. Discrecionalidad según rasgos personales

RASGOS PERSONALES		TIPO DE ACTUACIÓN		
Genero (0,1)		Atención general	Internamiento	Atención especializada
Mujer	Media	0,311	0,269	0,136
	Desv. típ.	0,264	0,248	0,187
Hombre	Media	0,440	0,369	0,125
	Desv. típ.	0,291	0,317	0,179
Total	Media	0,362	0,308	0,132
	Desv. típ.	0,281	0,280	0,183
F		4,748	2,801	0,082
Antigüedad en Salud Pública		Atención general	Internamiento	Atención especializada
> 5 años	Media	0,396	0,264	0,137
	Desv. típ.	0,285	0,269	0,177
6-10 años	Media	0,320	0,339	0,161
	Desv. típ.	0,287	0,268	0,180
11-15 años	Media	0,277	0,327	0,108
	Desv. típ.	0,299	0,328	0,221
> 15 años	Media	0,365	0,463	0,100
	Desv. típ.	0,226	0,250	0,175
Total	Media	0,362	0,308	0,132
	Desv. típ.	0,281	0,280	0,183
F		0,778	1,551	0,307
Cargo que ocupa en CAPS		Atención general	Internamiento	Atención especializada
Médico CAPS	Media	0,373	0,311	0,132
	Desv. típ.	0,287	0,289	0,179
Jefe CAPS	Media	0,313	0,294	0,132
	Desv. típ.	0,252	0,245	0,203
Total	Media	0,362	0,308	0,132
	Desv. típ.	0,281	0,280	0,183
F		0,643	0,052	0,001
Área		Atención general	Internamiento	Atención especializada
Especialidad	Media	0,338	0,297	0,078
	Desv. típ.	0,248	0,246	0,155
M. General	Media	0,373	0,313	0,158
	Desv. típ.	0,296	0,296	0,191
Total	Media	0,362	0,308	0,132
	Desv. típ.	0,281	0,280	0,183
F		0,313	0,062	3,899

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Medias en escalas (0-1) y desviación típica

Fuente: Encuesta Médicos de APS (2015)

Teniendo en cuenta los rasgos personales de los profesionales de APS entrevistados, de los resultados mostrados en la tabla anterior puede inferirse un primer resultado genérico, como es, nuevamente, la baja discrecionalidad decisoria que se daría en las actuaciones de atención especializada⁶ (por ejemplo, acceso a programas de salud especiales como celíacos, diabetes, etc.). En relación a los tipos de actuaciones genéricas y de internamiento, en ellas las decisiones estarían menos sujetas a la norma, o, dicho de otra forma, los profesionales pondrían en juego la discrecionalidad decisoria basada en juicios profesionales propios. Como puede verse en el Gráfico 4.3. la mayor discrecionalidad decisoria se daría en las actuaciones de atención general, aunque una relación significativa sólo se daría teniendo en cuenta el género del profesional, sin que la antigüedad, o el cargo ocupado muestren relacionarse con la discrecionalidad de forma significativa.

Cabe señalar que la variable género en la toma de decisiones de los SLBs no ha sido atendida ni diferenciada en la mayoría de estudios, lo que hace considerar su tratamiento en los modelos analíticos que se realizarán a continuación, como una variable novedosa en el conjunto de variables individuales tradicionalmente consideradas en el análisis de la discrecionalidad decisoria.

Por otra parte, que el desempeño profesional se desarrolle en alguna área especializada también parece contar en que la toma de decisiones sea más o menos discrecional cuando se trata de actuaciones de atención especializada. Según los resultados obtenidos, se constata la tendencia de menor nivel de discrecionalidad en la atención especializada, es decir, la actuación más común es una estrategia basada en normas claras, siendo además esta relación significativa cuando el área de desempeño es alguna especialidad. Importa aclarar, que en el caso analizado no existen procedimientos claros para el acceso a los médicos de especialidades, los pacientes pueden ser derivados o acudir a ellos directamente⁷.

De todas formas, estos resultados preliminares permiten plantear que, a priori,

⁶ Recordar que este tipo de actuación no fue considerada por ser tan baja la discrecionalidad, razón por la cual no se considera en los análisis finales de modelos explicativos.

⁷ Cabe destacar en este aspecto que, de acuerdo a lo expresado en el Capítulo 2, Anexo I, la debilidad del Estado (nacional y provincial) para sobreponerse a los intereses de los actores del sistema salud, ha impedido la instrumentación de un sistema de APS que abarque todos los subsistemas. En consecuencia, y aún en el sector público donde tiene mayor incidencia no se ha procedimentado la aplicación de la APS, y esto se reproduce en la provincia.

existiría un modelo básico de relación causal entre el género y la discrecionalidad decisoria, lo cual, además de suponer una aportación a los estudios sobre *Street Level Bureaucracy*, será tenido en cuenta en posteriores análisis.

4.3. De los factores personales a los factores organizacionales: modelos explicativos de discrecionalidad decisoria entre los médicos de APS en San Luis.

Los análisis anteriores han permitido presentar algunos aspectos de la discrecionalidad, como su dimensionalidad y extensión en la muestra analizada. Permiten también avanzar algunas consideraciones sobre los factores que podrían explicar o tener alguna incidencia en el hecho que los médicos de atención primaria desarrollen cursos de acción en un sentido u otro (norma vs juicio profesional propio). De hecho, se ha visto cómo, según los rasgos personales, se darían algunas diferencias, básicamente definidas por el sexo, además de haber observado algunos patrones que apuntan a los factores de demanda y recursos disponibles, así como a aspectos organizacionales, como factores o *patterns* explicativos de la discrecionalidad decisoria de los médicos de APS. La pregunta que se plantea en este punto es: ¿cómo cuentan cada uno de estos factores?, o, dicho de otra forma, ¿qué papel tendría cada uno de ellos en el desarrollo de estrategias de acción de los profesionales basados en su capacidad decisoria?

Para responder a estas cuestiones se han realizado análisis de regresión lineal para cada uno de los tipos de actuaciones definidos, y que a continuación se exponen.

En cada caso, o para cada tipo de actuación se ha propuesto un análisis basado en la inclusión paulatina de variables explicativas. De esta forma, se propone un Modelo 0, en el que se considera la relación entre discrecionalidad y rasgos personales; un siguiente modelo, Modelo 1, al que se suman las variables relacionadas con la demanda y los recursos, que son variables clásicas consideradas en el estudio de la SLB. El Modelo 2 suma a las anteriores las variables de objetivos de la política. Estas variables constituyen una parte central de la hipótesis de trabajo y del diseño analítico de esta investigación, y por ello ocupan una parte central en la herramienta de

recogida de información. En esta línea, se propone un último modelo de relaciones, el Modelo 3, que contiene las variables organizacionales además de todas las anteriores, con el objetivo de comprobar específicamente la hipótesis planteada, a saber: los aspectos organizacionales influyen aumentando la presión sobre los trabajadores de primera línea (médicos) suponiendo ello un ambiente incierto para la toma de decisiones y aumentándose con ello la discrecionalidad.

Así pues, cada modelo explicativo contiene una serie de variables, desde las más clásicas a las más innovadoras, para analizar su potencial relación con la discrecionalidad decisoria en los dos tipos de actuaciones que los análisis previos han permitido definir

A continuación, se exponen los resultados del análisis de regresión para cada tipo de actuación por separado. Para ello se presentarán los resultados de cada uno de los modelos hasta su presentación conjunta, primero para el análisis de la discrecionalidad en actuaciones de atención general, y en segundo lugar en las actuaciones de internamiento de pacientes.

4.3.1. Discrecionalidad decisoria en medidas de Atención General:

Modelo Cero: Rasgos personales y discrecionalidad

Se parte de un modelo inicial en el que sólo se consideran los rasgos personales, esto es, algunas características individuales de los médicos, que pudieran ejercer algún efecto en las estrategias de acción individuales, independientemente de otros factores como los derivados de la demanda, los recursos disponibles y los factores organizacionales. Se trata de identificar qué rasgos o características personales ‘pesan’ en el caso de los médicos de Atención Primaria en sus decisiones cotidianas. En todas las tablas subsiguientes se ha utilizado el modelo de regresión lineal (OLS; Coeficientes no estandarizados):

Tabla 4.9. Rasgos Personales y Discrecionalidad. Modelo de regresión lineal (0-1)

	Modelo 0	
	Coef.	Error
Constante	0,349	0,070
Genero (0,1)	0,124	0,061
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	-0,027	0,030
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,023	0,080
Medicina General	0,025	0,065
R2 corregida	0,021	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Encuesta médicos de APS (2015)

Según los resultados presentados en la Tabla 4.9. de entre los rasgos personales incluidos en el análisis, es el género el que muestra tener alguna incidencia o efecto en las estrategias de toma de decisión (normas vs juicio profesional propio) en el sentido ya avanzado más arriba: los hombres, en actuaciones de atención genérica, se inclinarían más a decidir actuaciones en base a juicios propios, y menos en base a la norma. Estos comportamientos podrían explicarse en el marco más general de la cultura imperante en el contexto social y más específicamente en el contexto organizacional, donde los hombres podrían desempeñarse con mayor seguridad o quizás las mujeres tengan comportamientos más apegados a las normas, lo cual puede deberse a comportamientos más conservadores. Lo interesante de este resultado es que estudios previos no habían tenido en cuenta la variabilidad respecto al género, por lo que supone una aportación, o al menos un indicio para seguir explorando las razones de género en la discrecionalidad decisoria en el futuro.

En relación a las otras variables, como la antigüedad en el servicio, el cargo ocupado y el área de especialidad no parecen ser rasgos que puedan explicar el sentido de los cursos decisorios puestos en marcha por los médicos/cas en su quehacer profesional.

En las siguientes observaciones se incluyen otras variables que configuran el siguiente modelo:

Modelo 1: Rasgos personales, demanda, recursos y discrecionalidad decisoria

En este modelo, además de los rasgos personales se incluyen las llamadas variables clásicas en el análisis de la SLB, básicamente la presión ejercida por el volumen/tamaño de demanda y por los recursos -institucionales- disponibles en el quehacer profesional. Se recuerda que la primera se mide a través de las preguntas del cuestionario P01, P02 y P19e y los segundos, por medio de las preguntas P18f, P18g, P18h y P18i del mismo instrumento, estos dos indicadores de la existencia de SLB, dan lugar a las variables “Presión por Demanda” y “Recursos institucionales”, respectivamente, de acuerdo a las características definidas por Lipsky (1971, 1980, 2010), entre otras.

Tabla 4.10. Rasgos Personales y Variables clásicas de *Street Level Bureaucracy* Discrecionalidad.

Modelo de regresión lineal (0-1)

	Modelo 0		Modelo 1	
	Coef.	Error	Coef.	Error
Constante	0,349	0,070	0,264	0,089
Genero (0,1)	0,124	0,061	0,121	0,059
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	-0,027	0,030	-0,041	0,030
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,023	0,080	-0,035	0,077
Medicina General	0,025	0,065	-0,014	0,064
Presión por volumen de la demanda: baja vs. alta (0,1)			0,334	0,127
Recursos institucionales: suficientes vs. insuficientes (0-1)			-0,023	0,139
R2 corregida	0,021		0,09	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Encuesta médicos de APS (2015)

Los resultados de la Tabla 4.10. muestran en primer lugar que el modelo gana en capacidad explicativa (R^2 0,09), y, en segundo lugar, que al género se suma el factor de demanda, en el sentido que a mayor volumen de demanda mayor probabilidad que las decisiones se tomen en base a juicios propios, al menos en el servicio analizado (atención genérica), siendo esta última variable uno de los aspectos que caracterizan el entorno de los SLBs y que constituye un factor de presión que junto a otros colaboran

para otorgar mayor discrecionalidad a sus decisiones frente a los ciudadanos.

En el caso en estudio, un 62% de los entrevistados atiende entre 20 y 30 personas por día, en tanto un 25,3% entre 30 y 40 personas por día. La alta presión en términos de demanda que soportan los médicos/as en APS, obligaría a disminuir el tiempo de atención por persona y a su vez a tomar decisiones rápidas que refuerzan su discrecionalidad.

La literatura especializada ha mostrado extensamente la importancia del factor demanda, como se ha expresado en el Capítulo 3 y siguiendo a Lipsky (1971,1980, 1996) estas decisiones discrecionales podrían afectar el cumplimiento de los objetivos, y a la vez, la percepción de los ciudadanos sobre la política, pero debe considerarse que las situaciones a que se enfrentan los médicos/as o SLBs, no siempre se pueden ajustar a aquellos, ya que se enfrentan a problemas que interpelan las dimensiones humanas que implican grados de sensibilidad y juicios razonables que las reglas o normativas no podrían abarcar, por lo cual sería muy difícil eliminar la discrecionalidad (Lipsky, 1996). Por lo tanto, vemos que efectivamente, en el caso en análisis, se cumpliría la hipótesis según la cual, a mayor presión debida a la demanda, se generaría mayor discrecionalidad, al menos en las actuaciones de tipo genérico.

Si se continua con el análisis de acuerdo con lo propuesto, se plantea el siguiente modelo.

Modelo 2: Rasgos personales, variables clásicas y objetivos de la política

A las variables consideradas hasta ahora se suman en este modelo variables de la política de salud, concretamente el conocimiento de los objetivos del servicio de APS a través de un indicador de 'incertidumbre' y la valoración de la coherencia de los mismos respecto a objetivos personales en el ejercicio profesional por parte de los médicos entrevistados. Debe recordarse la centralidad que este aspecto ha tenido en la herramienta de recolección de datos utilizada y en la propuesta de estudio en sí misma, bajo el supuesto que los objetivos de la política, su conocimiento y la adecuación de valores profesionales a la misma es parte central en la toma de decisiones de las burocracias organizacionales, y, por tanto, cabe esperar que ocupe un lugar importante también en los cursos de acción y estrategias llevadas a cabo por

los profesionales de pie de calle. Con este tipo de variables se trata de considerar el análisis de la política desde abajo, como se explicara en los Capítulos 2 y 3 de este trabajo.

Tabla 4.11. Rasgos personales y objetivos de la política. Discrecionalidad. Modelo de regresión lineal (0-1)

	Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2	
	Coef.	Error	Coef.	Error	Coef.	Error
Constante	0,349	0,070	0,264	0,089	0,273	0,093
Genero (0,1)	0,124	0,061	0,121	0,059	0,123	0,057
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	-0,027	0,030	-0,041	0,030	-0,033	0,028
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,023	0,080	-0,035	0,077	-0,006	0,075
Medicina General	0,025	0,065	-0,014	0,064	0,009	0,062
Presión por volumen de la demanda: baja vs. alta (0,1)			0,334	0,127	0,290	0,123
Recursos institucionales: suficientes vs. insuficientes (0-1)			-0,023	0,139	-0,139	0,137
Incertidumbre objetivos: no vs si (0,1)					0,167	0,060
Coherencia objetivos servicio vs. personales: si vs. no (0,1)					-0,064	0,059
R2 corregida	0,021		0,09		0,173	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Encuesta médicos de APS (2015)

Este Modelo añade a las anteriores variables, dos nuevas que recogen aspectos relacionados con los objetivos de la política en el desarrollo del servicio específico de APS. Concretamente, si estos son bien transmitidos y conocidos, por un lado, lo que se mediría con la incertidumbre percibida por los profesionales en su desempeño cotidiano. Y, por otro lado, la coherencia percibida entre los objetivos del servicio y los objetivos personales de los profesionales (estos últimos en relación a su desempeño como profesionales de salud). Se trata también de aspectos novedosos en el estudio de la SLB, por cuanto aun cuando los objetivos sean conocidos, la decisión dependería de la propia percepción de los profesionales médicos en su lugar de trabajo y de cómo aquellos se traducen en términos de sus propias creencias o formación profesional.

Los resultados del análisis de regresión en este caso muestran que, manteniéndose el efecto de las variables anteriores, género y presión debida a la demanda, cuando aumenta la incertidumbre aumentaría también la discrecionalidad decisoria, en el sentido de desarrollar estrategias y cursos de acción más basados en juicios profesionales propios que en la norma.

Con este modelo, además de aumentar la capacidad explicativa ($R^2 0,173$), y de confirmar la hipótesis de la demanda y del género, se confirmaría que ciertos aspectos de la organización y de cómo ésta 'interpreta' los objetivos de la política influyen también en la discrecionalidad decisoria, al menos en lo que refiere a actuaciones de atención general. Y en particular, teniendo en cuenta el contexto político-administrativo que genera un régimen de tipo neopatrimonialista, como en el caso de estudio, donde la incertidumbre es mayor debido principalmente a la alta discrecionalidad con que es manejada la burocracia por los gobernantes, tal como se expresara en el Capítulo 2. Específicamente, este estilo de gestión genera incertidumbre en general en toda la burocracia y particularmente en la SLB, en razón que el tipo personalista-populista de gobierno puede anunciar e incluso normativizar (a través de leyes específicas) políticas, pero eso no garantiza que se cumplan, pues puede o bien no asignar los recursos necesarios, o cambiar las estructuras de los organismos o los cargos directivos de acuerdo a su voluntad. Sin embargo, como se ha dicho, en el período estudiado algunos rasgos se morigeraron, en el sentido de otorgar cierta racionalidad a las acciones de gobierno, particularmente en el sector salud.

Modelo 3: Aspectos organizacionales y discrecionalidad decisoria

La consideración de aspectos organizacionales es importante para el análisis de la SLB, tal como afirma Lipsky (1996), como también los teóricos de las organizaciones como Lawrence y Lorsch (1967), Simon (1979), Hall (1996), entre otros, en el sentido que las diferentes posiciones organizacionales afectan las conductas de sus miembros, los cuales no han sido suficientemente estudiados a nivel empírico, de ahí que se haya considerado incluir variables organizacionales en el estudio de las estrategias decisorias de los profesionales de APS en el caso de estudio, lo cual puede

considerarse un aporte de este estudio. Por tanto, este modelo contiene algunas variables de ese tipo. El análisis realizado revela, en primer lugar, que aumenta considerablemente la capacidad explicativa (R^2 0,227), y, en segundo lugar, que los aspectos organizacionales ejercen una influencia mayor que el resto de factores. Si bien, desaparece el efecto del género sobre la discrecionalidad decisoria en este modelo, el factor demanda sigue apareciendo, aunque con un menor nivel de significatividad que en los modelos 1 y 2 confirmándose nuevamente la hipótesis de la demanda (mayor demanda, mayor discrecionalidad decisoria) y de la incertidumbre (mayor incertidumbre mayor discrecionalidad).

Tabla 4.12. Aspectos organizacionales y discrecionalidad decisoria. Modelo de regresión lineal (0-1)

	Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Coef.	Error	Coef.	Error	Coef.	Error	Coef.	Error
Constante	0,180	0,069	-0,012	0,085	-0,008	0,091	0,034	0,075
Genero (0,1)	0,101	0,061	0,093	0,057	<i>0,095</i>	<i>0,055</i>	<i>-0,050</i>	<i>0,042</i>
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	0,065	0,029	0,037	0,029	0,043	0,028	-0,019	0,021
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,062	0,079	-0,057	0,074	-0,032	0,073	0,001	0,055
Medicina General	-0,025	0,064	-0,041	0,062	-0,022	0,060	0,103	0,044
Presión por volumen de la demanda: baja vs. alta (0,1)			0,155	0,123	0,117	0,120	-0,082	0,088
Recursos institucionales: suficientes vs. insuficientes (0-1)			0,316	0,134	0,219	0,135	0,085	0,098
Incertidumbre objetivos: no vs si (0,1)					0,141	0,059	0,013	0,044
Coherencia objetivos servicio vs. personales: si vs. no (0,1)					-0,049	0,058	-0,018	0,042
Participación en reuniones área/servicio: alta vs. baja (0-1)							-0,035	0,079
Estructura decisional: descentralizada <-> centralizada							<i>0,127</i>	<i>0,064</i>
R2 corregida	0,041		0,15		0,203		0,015	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Encuesta médicos de APS (2015)

Ahora bien, ¿En qué sentido se muestra el efecto de los aspectos organizacionales? Según los resultados del análisis de regresión (Tabla 4.12, Modelo 3),

y en relación a las actuaciones de Atención genérica, cuando la participación (mide los grados de coordinación a través de la frecuencia de reuniones con el jefe) es baja se daría más tendencia a tomar decisiones en base a juicios profesionales propios, esto es, mayor discrecionalidad. Y en el mismo sentido puede decirse respecto a la estructura organizativa: cuando esta está más centralizada, se daría más tendencia a estrategias decisionales basadas en juicios profesionales propios.

En relación al primer aspecto, la baja participación en reuniones debido a la baja convocatoria de los jefes de servicios (tal como se desprende del cuestionario aplicado a los profesionales de APS), podría deberse a dos aspectos principales: a) en general, la baja coordinación puede ser un defecto organizacional que generaría déficit de gestión; y b) en particular, tratándose de una burocracia profesional (Lipsky, 1996; Minzberg, 1984), la coordinación se realiza mediante las habilidades previamente incorporadas por los médicos, esto comprueba que la mayor autonomía de los profesionales requiere de menos coordinación a nivel organizacional, lo que a su vez refuerza su discrecionalidad. (Lipsky, 1996; 2010; Evans y Harris, 2004).

Por otra parte, cabe considerar también que puede deberse a la existencia de conflictos jerárquicos, lo cual es una característica de la SLB Lipsky (1996, 2010). Adicionalmente, y relacionado con el contexto del caso en estudio, este aspecto puede estar reforzado por posibles problemas de relación entre los distintos niveles jerárquicos, inducidos por las modificaciones que produce el régimen político imperante en la provincia de San Luis, como se ha tratado en el Capítulo 2, en el sentido que tendería a modificar las relaciones intraburocráticas (Jerárquicas, Funcionales y Presupuestarias).

En efecto, dado el régimen neopatrimonialista, en las interdependencias Jerárquicas se produce una superposición entre el tipo “radial” de estructura integrada por los “confiables” del gobernador y la estructura burocrática, lo cual genera desconfianza, falta de reconocimiento a la autoridad, incertidumbre en las relaciones, lo cual conduciría, adicionalmente, a una mayor discrecionalidad. Si bien en el período considerado (2011-2015), hubo algunas diferencias en el estilo de gestión, especialmente hubo una mayor racionalidad técnica (por ejemplo: designación de ministros de salud más especializados en la función, tendencia a planificar a largo plazo, etc.), otras características se mantuvieron. Asimismo, respecto a la

interdependencia presupuestaria en el período estudiado, también ha mostrado algunas variantes, no en la modalidad de asignación⁸, sino en una mayor racionalidad en el gasto (Ver Anexo 2.3), específicamente en el referido a la función Salud, que en los cuatro años de gobierno mostró una tendencia creciente sostenida, lo que es coherente con el plan de salud a largo plazo (Ley N° III-0880-2014, Plan Maestro de Salud 2014-2025). No obstante, estos aspectos deberán ser profundizados en posteriores investigaciones.

El otro aspecto organizacional que se destaca en este modelo como explicativo de la mayor discrecionalidad, es el referido a la toma de decisiones (Descentralizada vs Centralizada) en el organismo público de salud. Si bien la estructura formal de la organización refleja diferentes niveles y funciones (ver Anexo 2.4) no es indicador de cómo se toman las decisiones en su seno. En tal sentido, la mayoría de los profesionales médicos percibe una mayor tendencia a la centralización, lo que implica una concentración de la toma de decisiones en la cúpula político-administrativa. En concreto, en el contexto político-administrativo neopatrimonialista se concentran todas las decisiones en quien gobierna y que son ejecutadas por los funcionarios integrantes de la “corte”, designados ad-hoc. Como se ha mencionado, en el período considerado, estos aspectos se moderaron, pero no hubo cambios en la modalidad de toma de decisiones.

En general, el problema que presenta una alta centralización es que, al tomarse las decisiones en la cúspide, se desconocen las diversas realidades que presentan las localidades, en este caso del interior de la provincia, donde los problemas suelen ser distintos y a veces no conocidos por quienes toman las decisiones, lo que sumado a la falta de coordinación interna producen alteraciones en la interdependencia funcional, generando bajo grado de relación con los jefes de área, incertidumbre sobre lo que hay que hacer, encierro profesional (falta de comunicación vertical) etc. Todo ello refuerza una mayor discrecionalidad por parte de los/las profesionales médicos/cas.

En resumen, el análisis de la discrecionalidad en las medidas de Atención genérica muestra que los rasgos personales son importantes de partida, y tomándolos en su conjunto (Modelo 0), el género muestra tener una relación fuerte con la

⁸ Nótese que la mayoría absoluta en las cámaras de Diputados y Senadores de la provincia (tal como ocurrió en los períodos anteriores) votan sin modificaciones los presupuestos presentados por el Ejecutivo.

discrecionalidad decisoria, en el sentido ya expresado: los hombres tomarían más a menudo decisiones basadas en juicios profesionales propios que las mujeres. Este efecto se mantiene cuando se complejiza el modelo explicativo con nuevas variables, excepto en el último, donde el género deja de mostrar relación con la discrecionalidad, prevaleciendo las variables organizacionales.

Por otro lado, según se ha observado, se confirma de acuerdo a los análisis, la hipótesis del factor demanda, y en el sentido esperado dadas las características de los SLBs. Se observa también que las variables organizacionales consideradas en el Modelo 3, son las que más impactan en la generación de la discrecionalidad decisoria, donde queda claro que son las que más influyen en los comportamientos de los integrantes de la primera línea, lo cual constituye un aporte de este estudio.

4.3.2. Discrecionalidad decisoria en medidas de internamiento.

Al considerar otro tipo de actuación, los resultados son algo diferentes, ya que este tipo de decisiones involucran por un lado el conocimiento del profesional médico, típico de los SLBs, y por otro el involucramiento de otro nivel de complejidad en el sector sanitario, aunque como se verá, en forma similar al tipo de decisiones anteriores surgen las variables organizacionales como decisivamente explicativas de la discrecionalidad en la burocracia profesional objeto de este estudio.

En este apartado se continua con la misma lógica de análisis, introduciendo paulatinamente las variables, en los cuatro modelos construidos, de manera tal de mostrar la capacidad explicativa de las mismas.

Modelo Cero: Rasgos personales y discrecionalidad

En las medidas de internamiento, se puede observar en relación a la discrecionalidad decisoria, que en el Modelo 0, sobresale en primer lugar, la variable Antigüedad en el Servicio (dentro de los rasgos personales) y no influye el género en este tipo de decisiones. Es decir, que es la experiencia del profesional, lo que obviamente influye de manera importante en la decisión de internar o no a un

paciente. Este es un caso típico de autonomía basada en el conocimiento de los SLBs profesionales, que no requiere control ni de los superiores ni de los clientes, y es además esperable que así sea en cualquier contexto, lo que incrementa su discrecionalidad. (Minzberg (1984); (Tummers, *et al*, 2015); (Lipsky, 1996, 2010).

Tabla 4.13 Rasgos Personales y Discrecionalidad. Modelo de regresión lineal (0-1)

Rasgos Personales	Modelo 0	
	Coef.	Error
Constante	0,180	0,069
Genero (0,1)	0,101	0,061
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	0,065	0,029
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,062	0,079
Medicina General	-0,025	0,064
R2 corregida	0,041	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Encuesta médicos de APS (2015)

Por otra parte, se observa en este primer modelo que las demás variables no tienen influencia en esta toma de decisiones.

Modelo 1: Rasgos personales, demanda, recursos y discrecionalidad decisoria

Al considerar las variables llamadas clásicas en el estudio de la *Street level Bureaucracy* (Modelo 1), además de aumentar la capacidad explicativa del modelo (R^2 0,15), se confirma en este tipo de actuación el efecto que pueden ejercer los recursos institucionales en el sentido esperado: en un contexto de recursos escasos existe más probabilidad que los profesionales de línea desarrollen cursos de acción basados en juicios profesionales propios, tratando de ‘adecuar’ la política a las necesidades de la demanda. En este caso, los médicos deben decidir la internación o no de un paciente en función de sus criterios, sus prejuicios, las condiciones del ambiente local, etc.

enfrentando las presiones de su entorno, fortaleciendo así su discrecionalidad.

Tabla 4.14. Rasgos Personales y Variables clásicas de *Street Level Bureaucracy*. Modelo de regresión lineal (0-1)

	Modelo 0		Modelo 1	
	Coef.	Error	Coef.	Error
Constante	0,180	0,069	-0,012	0,085
Genero (0,1)	0,101	0,061	0,093	0,057
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	0,065	0,029	0,037	0,029
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,062	0,079	-0,057	0,074
Medicina General	-0,025	0,064	-0,041	0,062
Presión por volumen de la demanda: baja vs. alta (0,1)			0,155	0,123
Recursos institucionales: suficientes vs. insuficientes (0-1)			0,316	0,134
Incertidumbre objetivos: no vs si (0,1)				
Coherencia objetivos servicio vs. personales: si vs. no (0,1)				
Participación en reuniones área/servicio: alta vs. baja (0-1)				
Estructura decisional: descentralizada <-> centralizada				
R2 corregida	0,041		0,15	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Encuesta médicos de APS (2015)

Además, si se considera el contexto político-institucional, la política de Atención Primaria de la Salud (APS), de acuerdo a lo descrito, se priorizó y fortaleció en el período analizado con funcionarios capacitados habiéndose plasmado en leyes (ver Capítulo 2), pero, a la hora de decidir sobre la internación de un paciente, -lo que involucra un nivel de complejidad superior- los médicos se encuentran con que no se poseen los recursos necesarios para ello, ¿significa que esta priorización de APS ha implicado la postergación de otros niveles sanitarios? Quizás algunas respuestas se encuentren en las protestas de los médicos y técnicos del Hospital Regional San Luis y en una Carta Abierta al Gobernador, tal como se expresó en el Capítulo 2. Si bien se ha afirmado que en esta etapa -al menos en la información presupuestaria- se había logrado una mayor racionalidad y previsibilidad en el gasto, este hecho puede mostrar cierta segmentación de la política de salud, basada en decisiones discrecionales del gobernante, propias de los personalismos o neopatrimonialismos, lo que se considera un elemento más que refuerza la discrecionalidad de los médicos en el caso en

estudio.

Modelo 2: Rasgos personales, variables clásicas y objetivos de la política

En este modelo se agregan otras variables organizacionales, obteniéndose una mayor capacidad explicativa nuevamente (R^2 0,203). En este caso, es la incertidumbre en relación a los objetivos de la política la variable que explicaría un mayor grado de discrecionalidad en las decisiones sobre internamiento de los pacientes, junto con el género (aunque esta última en menor medida) entre los rasgos personales que explican la discrecionalidad.

Tabla 4.15. Rasgos personales y objetivos de la política. Modelo de regresión lineal (0-1)

	Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2	
	Coef.	Error	Coef.	Error	Coef.	Error
Constante	0,180	0,069	-0,012	0,085	-0,008	0,091
Genero (0,1)	0,101	0,061	0,093	0,057	<i>0,095</i>	<i>0,055</i>
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	0,065	0,029	0,037	0,029	0,043	0,028
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,062	0,079	-0,057	0,074	-0,032	0,073
Medicina General	-0,025	0,064	-0,041	0,062	-0,022	0,060
Presión por volumen de la demanda: baja vs. alta (0,1)			0,155	0,123	0,117	0,120
Recursos institucionales: suficientes vs. insuficientes (0-1)			0,316	0,134	0,219	0,135
Incertidumbre objetivos: no vs si (0,1)					0,141	0,059
Coherencia objetivos servicio vs. personales: si vs. no (0,1)					-0,049	0,058
R2 corregida	0,041		0,15		0,203	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Encuesta médicos de APS (2015)

En relación a la primera variable -incertidumbre en los objetivos- es posible verificar su reaparición, como en los modelos 2 y 3 de actuación en Atención General, lo cual indica su poder explicativo a la hora de analizar la discrecionalidad en estos

tipos de decisiones de los médicos de APS. Igual que en el caso anterior, es posible afirmar que el conocimiento de los objetivos por sí solo no es indicador de una menor discrecionalidad, tal como se supone en el enfoque lipskiano, por el contrario, estos se modificarían o interpretarían localmente de acuerdo a las condiciones de los micro espacios donde se aplican, prevaleciendo el juicio profesional.

La recurrente aparición de la incertidumbre, en particular de objetivos, pero que también se manifiesta en los recursos y en las relaciones intraburocráticas, son propias de los regímenes neopatrimonialistas, como ya se expresara, por lo que también es explicativa de una mayor discrecionalidad en los profesionales médicos/as del caso en análisis.

En relación a la variable género, que aparece en este modelo, pero más débilmente, igual que en el caso anterior analizado, sugiere que los profesionales de sexo masculino actúan con mayor discrecionalidad a la hora de tomar decisiones. Como se ha señalado también, es una variable novedosa y poco explorada en los análisis de SLBs.

En síntesis, las dos variables explicativas de la discrecionalidad de este modelo, son las que proporcionan características particulares al caso, constituyendo ambas un aporte adicional de este estudio.

Modelo 3: Aspectos organizacionales y discrecionalidad decisoria

El Modelo 3 en el caso de la decisión de internamiento, si bien incluye otras variables organizacionales disminuye su capacidad explicativa (R^2 0,015), destacándose con mayor influencia la variable que refiere a un rasgo personal de los entrevistados, como es la especialidad en Medicina General y en menor medida la Estructura decisional Centralizada.

Tabla 4.16. Aspectos organizacionales y discrecionalidad decisoria. Modelo de regresión lineal (0-1)

	Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Coef.	Error	Coef.	Error	Coef.	Error	Coef.	Error
Constante	0,180	0,069	-0,012	0,085	-0,008	0,091	0,034	0,075
Genero (0,1)	0,101	0,061	0,093	0,057	<i>0,095</i>	<i>0,055</i>	<i>-0,050</i>	<i>0,042</i>
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	0,065	0,029	0,037	0,029	0,043	0,028	-0,019	0,021
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,062	0,079	-0,057	0,074	-0,032	0,073	0,001	0,055
Medicina General	-0,025	0,064	-0,041	0,062	-0,022	0,060	0,103	0,044
Presión por volumen de la demanda: baja vs. alta (0,1)			0,155	0,123	0,117	0,120	-0,082	0,088
Recursos institucionales: suficientes vs. insuficientes (0-1)			0,316	0,134	0,219	0,135	0,085	0,098
Incertidumbre objetivos: no vs si (0,1)					0,141	0,059	0,013	0,044
Coherencia objetivos servicio vs. personales: si vs. no (0,1)					-0,049	0,058	-0,018	0,042
Participación en reuniones área/servicio: alta vs. baja (0-1)							-0,035	0,079
Estructura decisional: descentralizada <-> centralizada							0,127	0,064
R2 corregida	0,041		0,15		0,203		0,015	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Encuesta médicos de APS (2015)

Respecto de la primera variable, parece factible y lógico que la especialidad en Medicina General explique la mayor discrecionalidad decisoria de los médicos, basados en su conocimiento y habilidades, lo cual les otorga total autonomía, pues son los que están habilitados para este tipo de toma de decisiones, siendo esta la característica principal de los SLBs de categoría profesional, descritos por Lipsky (1996) y Mintzberg (1984).

En relación a la segunda -estructura centralizada- se trata de una variable organizacional, que, si bien se manifiesta débilmente para explicar la discrecionalidad en este tipo de toma de decisiones, es interesante su consideración pues muestra nuevamente que la forma centralizada de tomar decisiones a nivel de la estructura,

alejados del espacio donde se ejecutan esas decisiones, alimentan una mayor autonomía y la aplicación de juicios propios. A su vez, como se expresó anteriormente, la centralización es una característica de los gobiernos personalistas (autoritarios) o neopatrimonialistas, que constituyen el contexto para el desarrollo de comportamientos que fortalecerían la discrecionalidad.

En síntesis, en las decisiones de Internamiento, el análisis de la discrecionalidad realizado siguiendo la modalidad adoptada, esto es, la incorporación paulatina de las distintas variables tanto aquellas referidas a los rasgos personales, como las variables organizacionales, van mostrando su capacidad explicativa. Es así que en el primer caso surge la variable Antigüedad en el Servicio, (Modelo 0), o experiencia profesional, propia de las características de SLBs profesionales. Con la incorporación de otras variables al análisis (Modelo 1), emergen nuevamente las organizacionales (Recursos Organizacionales), clásica del modelo de SLBs, con lo cual, al igual que en el caso anterior, comienza a mostrar la incidencia de las variables organizacionales en el comportamiento de los SLBs. Complementando el análisis con el contexto político-administrativo, se evidencia cómo este puede contribuir a fortalecer las decisiones basadas en el juicio propio, aún en una gestión de tipo personalista. Ya en el Modelo 2 se muestra plenamente, como en el caso anterior, la decisiva influencia de las variables organizacionales (Incertidumbre de Objetivos) en los comportamientos de los SLBs y en menor medida el género, como se analizó anteriormente, los cuales explican la discrecionalidad en este tipo de decisiones. Asimismo, el Modelo 3, aun disminuyendo en capacidad explicativa, muestra a través de la variable de rasgos personales: Especialidad en Medicina General, cómo ésta incide en la discrecionalidad, basada en el conocimiento, característica básica de los SLBs profesionales. A su vez surge, más tenuemente, la variable organizacional Descentralización–Centralización, donde la preeminencia de la centralización, que en sí misma es explicativa de la mayor discrecionalidad, y que, complementada con las características del régimen imperante en la provincia, contribuye a ampliar su explicación.

Adicionalmente, los análisis realizados y los resultados obtenidos permiten constatar la importancia de variables clásicas en el estudio de la *Street Level Bureaucracy*. También permiten evidenciar la necesaria consideración de variables del contexto organizacional, y las personales, como la variable género, en los estudios

sobre implementación de políticas desde la perspectiva de abajo arriba.

Obviamente sería necesario continuar perfeccionando los análisis, así como pensar en su posible replicación en otros contextos político-administrativos (otras provincias), en otros ámbitos de implementación (otras políticas) y entre otros tipos de profesionales implicados en la implementación de políticas a pie de calle para seguir avanzando en esta línea de trabajo.

CONCLUSIONES

En esta tesis se ha propuesto como objetivo general analizar las políticas públicas desde la perspectiva de los burócratas del nivel de la calle o *Street Level Bureaucrats* y como objetivos específicos, identificar la existencia de discrecionalidad decisoria en los mismos; para ello, analíticamente, se propone describir el ámbito organizacional donde desempeñan sus actividades el personal público en contacto con la ciudadanía, pues se trata de un aspecto que, si bien ha sido extensamente tratado desde distintos ámbitos y perspectivas teóricas en relación al análisis organizacional, la administración y las políticas públicas, su consideración como variable que pueda influir en los cursos de acción y estrategias decisorias de los empleados a pie de calle es menos común en la literatura de referencia.

Para ello se seleccionó la política de salud de la provincia de San Luis, Argentina, donde luego de algunos sondeos exploratorios surgió que se estaba implementando en el subsistema público un nuevo esquema de Atención Primaria de la Salud (APS), lo cual constituía una “nueva” o renovada política en el territorio provincial que impondría cambios en los niveles de atención de la salud y en consecuencia a sus ejecutores, los médicos de APS, razón de su elección como población a estudiar, en el período 2011-2015 en el que se aplicó el análisis empírico propiamente dicho.

El estudio y profundización del instrumental teórico fue dando los contornos que iluminarían el enfoque propio de este trabajo, el cual se centró en general, en la díada organización-individuo. Es así que el punto de partida fue la teoría de la administración pública o burocracia estatal, que constituye los primeros esfuerzos de análisis de la problemática de la ejecución de políticas, basada específicamente en la dicotomía

política-administración. Luego, con el surgimiento como disciplina de las Políticas Públicas (PPs), que en principio se interesó en cómo se toman las decisiones políticas, se fue conformando el ciclo completo de las PPs, en cuyo tránsito se “descubre” la implementación como uno de los principales problemas para el logro de objetivos políticamente propuestos.

Es así que el descubrimiento de la importancia de esta fase desvela problemas antes no considerados, como son los aspectos específicamente administrativos, que convierten esta parte del ciclo en análisis organizacional, dado que implica estudiar la estructura de las organizaciones, la división del trabajo, si el personal es idóneo o no para la realización de las actividades requeridas, etc. lo cual lleva a introducir aspectos de la Teoría de las organizaciones, que si bien nace a la luz de las organizaciones privadas y, sin desconocer las diferencias con las organizaciones públicas, proveen instrumentos teóricos necesarios para comprender y explicar en general, los comportamientos de los miembros de estas organizaciones. En este sentido se seleccionan los conceptos y desarrollos más pertinentes que contribuyan al desarrollo de este estudio. En primer lugar, se toman aspectos que analizan la vida de los individuos en las organizaciones -cuya característica principal es la alta complejidad- donde se evidencian los procesos de socialización de estos en las estructuras organizacionales, las que, a la vez que dan su contexto, van configurando su desempeño.

Es así, que las interacciones humanas van reproduciendo las estructuras que al mismo tiempo van constituyendo a los individuos, cerrando un círculo que contribuye a la esencia conservadora de las organizaciones. Desde esta perspectiva se producen distintas visiones y di-visiones diferentes de los miembros sobre la organización, que pueden ocasionar conflictos y que van condicionando la conducta de sus miembros. Para subsanar esta problemática los teóricos de las organizaciones desarrollaron el concepto de coordinación. Sin embargo, en el caso que nos ocupa, al tratarse de “burocracias profesionales”, los miembros actúan con mayor independencia, basados en su preparación previa. Otros conceptos incorporados fueron la centralización y descentralización que refiere a las formas de tomar decisiones en las organizaciones, donde se considera que entre ambos extremos existen grados o tendencias y ello va a depender de la combinación que cada organización adopte. En las organizaciones

públicas este aspecto depende del contexto político en que se desarrolle.

Se consideraron también aspectos relativos a los procesos de comunicación, con foco en la de tipo formal y desde esta perspectiva la vertical y la horizontal, así también clima organizacional, modos de supervisión, capacitación recibida. Todos ellos se seleccionaron por su posibilidad de brindar información que permita caracterizar el contexto organizacional y se incluyeron en el instrumento de recolección de datos, que tal como se expresó fue una adaptación del realizado por Riccuci (2005). Desde esta perspectiva y tal como se demuestra en la elaboración del cuestionario, se combina el enfoque de arriba hacia abajo, que sustenta la teoría de las organizaciones, con el enfoque de abajo hacia arriba que se basa en los conceptos y características de los *Street Level Bureaucrats*, con el propósito de buscar la posible relación entre aspectos organizacionales y los comportamientos de los integrantes de los niveles más bajos de la misma. En este sentido, esta investigación puede ser un aporte al conocimiento dado que son muy pocos los estudios empíricos sobre SLB que se basan en la dimensión organizacional como aspectos explicativos de la conducta o comportamientos de los mismos, aunque este tema se menciona en casi todos los textos consultados. En relación a esta cuestión, se avanza en los aspectos teóricos relativos a la toma de decisiones, desmitificando ideas previas vinculadas con la racionalidad del proceso, donde prevalece el concepto que se toman decisiones que incluyen elementos valorativos.

Esto fue llevando al tema central de este trabajo: la discrecionalidad decisoria de los integrantes del nivel más bajo de la organización o “línea del frente”, es decir los SLBs, que se retoma más adelante.

Asimismo, para abordar el objeto de estudio se hace necesario situar el contexto socio histórico y político donde se desarrolla la implementación de la política pública, - aspecto crucial en América Latina, por su alta variabilidad- que puede brindar o completar aspectos explicativos de los comportamientos de los SLBs en este ámbito. Por ello se introducen aspectos teóricos referidos a las características predominantes de los regímenes políticos latinoamericanos y principalmente en las consecuentes burocracias que contribuyen a desarrollar, cuya particularidad permite diferenciarlas de sus homónimas de los países más desarrollados.

En este sentido, se rescatan conceptos teóricos como el neopatrimonialismo que

permite describir las prácticas particularistas, comunes en la región latinoamericana, como nepotismo, clientelismo y prebendalismo, que no sólo producen democracias deficitarias en términos institucionales, sino también influyen en las interdependencias burocráticas, logrando en consecuencia organizaciones públicas dependientes del poder político, de baja capacidad funcional, lo que a su vez impacta, por un lado en la calidad de los bienes y servicios que produce y alta inequidad y por otro, repercute en la conformación de ciudadanías incompletas en relación a los derechos, específicamente los sociales. Esta perspectiva brinda el marco para situar el caso de la provincia de San Luis, ampliamente analizado y comprobado por las investigaciones y estudios realizados en la Universidad Nacional de San Luis. Al marcar la diferente forma de relacionamiento entre Estado y sociedad, bajo estos regímenes se produce un entramado que no se corresponde con los principios de la organización legal-racional weberiano, generando una burocracia a contrario sensu, donde impera la incertidumbre como producto de la alta discrecionalidad decisoria del gobernante en casi todas las cuestiones, especialmente en las organizaciones públicas, tal como se explicara en el capítulo dos.

Una vez descrito el contexto político general del caso, y para brindar también el marco general donde se desenvuelve la política analizada, específicamente la implementación, se describe el sistema de salud argentino, que desde sus inicios y desarrollo histórico constituyó una estructura que quedó conformada por tres subsectores: el público, el de obras sociales y el privado. El subsector público, foco de este estudio, que, tras sucesivas descentralizaciones parciales, se transfirió totalmente a las jurisdicciones provinciales, a partir de la reforma promercado del Estado Nacional en los noventa. De este modo, la política de salud pasó a depender casi en su totalidad de las provincias -caracterizadas por su alta heterogeneidad en términos de desarrollo económico y social- muchas de las cuales no contaban con capacidades funcionales necesarias, lo que condujo, a la reproducción de las diferencias, en consecuencia, se afectó la calidad de los servicios, y se profundizaron las desigualdades e inequidades preexistentes.

Para entrar en el caso específico de estudio, la APS en la provincia de San Luis, se inicia con la descripción socio-demográfica, donde se destaca la baja cantidad de habitantes y baja densidad poblacional, siendo la característica más importante la

asimétrica distribución de la misma, con alta concentración en dos ciudades: San Luis, (la Capital) y Villa Mercedes, el resto se reparte entre dos ciudades más pequeñas y población dispersa en los denominados “parajes”, en general situados en los Departamentos con escasa población, lo que presenta severos problemas a la hora de distribuir los servicios de salud, especialmente los de APS.

A partir de la década del ochenta cambia rotundamente el perfil de la provincia como producto de la aplicación de una ley nacional de promoción industrial que beneficiaba a tres provincias históricamente pobres y sin desarrollo económico. En consecuencia, se produjo un proceso de radicación industrial que en principio fue exitoso, generó miles de puestos de trabajo que atrajeron población de otras provincias y a su vez produjo un éxodo desde las zonas rurales hacia las ciudades. Hubo un alto crecimiento poblacional que se reflejó en el período intercensal 1980-1991, pero fue disminuyendo al tiempo que se desaceleraba y decaía el proceso de industrialización. Cabe destacar que este proceso fue acompañado por políticas públicas de infraestructura, en especial la construcción de viviendas sociales.

Así pues, la conformación según edades y sexo actual indica que se trata de una población joven dada la mayor cantidad de población activa en relación con la pasiva, aunque esta última va creciendo paulatinamente.

En cuanto a la situación socio-económica, San Luis quedó rezagada por la reducción de su mercado laboral, producto de la desindustrialización que se fue produciendo a medida que disminuían los beneficios de la promoción industrial. Sin embargo, esta situación no se reflejaría en los índices de desocupación, por el contrario, fueron los más bajos del país como producto de la implementación un plan social provincial cuya asignación, según el gobierno provincial, implicaba considerar al beneficiario como ocupado, en razón de la contraprestación que debía realizar para recibir el beneficio, aunque no gozara de ningún otro derecho laboral.

En relación al ingreso medio, la provincia a la fecha de los datos obtenidos estaba muy por debajo del promedio nacional, aunque se logró una mayor equidad, lo que implicaría que hubo una baja generalizada de salarios, a nivel estatal y privado y a un aumento de los ingresos producido por el plan social provincial (más los planes nacionales) que tendieron a reducir la brecha de ingresos, revirtiendo así la situación generada durante el auge de la promoción industrial. De hecho, hubo bajas en los

indicadores económicos, como consecuencia de la fuerte crisis del año 2001 y la propia de la provincia, donde bajaron también los indicadores sociales. Sin embargo, a partir de esa fecha, la provincia comenzó a mejorar algunos indicadores, mientras que otros fueron muy bajos. A nivel educativo, la provincia se situó levemente por debajo del nivel regional y nacional.

Para avanzar en el caso de estudio, se hizo necesario conocer el estado de la población en relación a los indicadores básicos de salud, relacionados específicamente con la APS, como son: la educación en salud, prevención y formas de combatir enfermedades, promoción de nutrición adecuada, suministro de alimentos en los casos necesarios, redes de agua potable (saneamiento básico), asistencia materno infantil, erradicación y control de enfermedades endémicas, inmunización de enfermedades transmisibles y suministro de medicamentos esenciales. En este sentido, cabe destacar que la mayoría de los hogares posee instalación sanitaria y las carencias del mismo se dan en los Departamentos menos poblados. En tanto, al analizar los indicadores más importantes donde impacta la APS (tasa de mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades prevenibles, etc.) se observa una alta variabilidad en dichos indicadores lo que coincide con la variabilidad en las asignaciones presupuestarias, en los períodos analizados y dentro de una misma gestión, lo cual evidenciaría que la alta discrecionalidad presupuestaria impactaría directamente en la vida de los ciudadanos de la provincia. Asimismo, es posible verificar también que los registros de estas tasas son más altos en los Departamentos de menor población. De acuerdo con la información obtenida, existen Centros de Atención Primaria de Salud en casi todo el territorio provincial, sin embargo, se constató que en los “parajes” y pueblitos pequeños alejados de los centros más poblados, no hay médicos estables, lo que se refleja en los indicadores de salud de los Departamentos con menor población. Todo esto demuestra, por un lado, las falencias de la APS en la provincia, al existir enfermedades de causas prevenibles en su mayoría, y por otro, una observable desigualdad en el acceso a la salud, aunque minoritaria, que contribuye a la reproducción de la pobreza y enfermedades en las mismas localidades.

Por otra parte, la población -según los tipos de cobertura- que correspondería al subsector estatal provincial abarca casi la mitad de la población, de la cual es posible constatar que el mayor porcentaje se encuentra en niños de 0 a 14 años, y se

corresponde con los sectores más pobres de la población, siendo los más vulnerables y donde se registran los mayores casos de mortandad, como demuestran los datos.

En este contexto el gobierno provincial, representado por uno de los sucesores designados por quienes patrimonializaron el Estado provincial (como se describe en Capítulo 2, Anexo III), decide adoptar la política de Atención Primaria de la Salud (APS) en San Luis, en el año 2014, a través de lo que se denominó la Ley de Salud, que contiene un plan a largo plazo (2014-2025), que se basó en un diagnóstico previo del estado de salud de la población, del cual surgieron la mayoría de los datos provinciales que se han utilizado en este trabajo y además se publicaron, situación que en los gobiernos anteriores no se había producido. Los objetivos de la ley, como se mencionó, encajan en los lineamientos concebidos para implementar la estrategia de APS, la cual se complementó con otros planes tendientes a cambiar hábitos de la población. La implementación se realizó a través de una estructura funcional que dependió del Ministerio de Salud, creándose una Jefatura muy sobrecargada, de la cual dependía el Programa de Atención Primaria y sus sub-dependencias que abarcaban a las dos ciudades más importantes de la provincia. De hecho y como es habitual, la forma de implementar fue de estilo tradicional, de arriba hacia abajo, con muy poca participación de los actores involucrados (tanto médicos, como otros profesionales). Cabe resaltar que se desagregaron los objetivos del programa, los cuales fueron utilizados en el instrumento de recolección de datos. Se destaca también que en poco tiempo se desarrollaron muchas actividades del plan, incluso ya dentro de la campaña electoral que dejaría fuera del juego al gobernador y su grupo.

Su subraya también que el plan incluyó a los otros subsectores de salud, pero como ya se había demostrado en la experiencia nacional, aquellos no se sumaron, dado que las implicaciones del mismo afectarían sus intereses, particularmente económicos. En este sentido el propio gobierno remarcó que, debido a la baja calidad del sistema privado, la mayoría de la población se atiende en el sistema público, produciéndose una sobrecarga del mismo. Adicionalmente, hubo resistencias internas a los cambios en el sistema, manifestadas en las protestas de los profesionales y técnicos (agremiados) de los hospitales zonales (nivel de complejidad superior), basadas en la falta de insumos, falta de médicos especialistas, bajos salarios, etc. que mostraron, por un lado, cierto temor de estos a la pérdida de centralidad y recursos,

de lo que puede inferirse la existencia de ciertos desequilibrios en la política global de salud, dado que la priorización de la APS, pudo haberse realizado en detrimento de los otros niveles de complejidad.

En síntesis, la implementación de APS, sobre la estructura ya existente, duró poco tiempo y fue muy acelerada, en un tema que requiere del largo plazo para realizar cambios culturales e institucionales, pues no alcanzó a consolidarse debido a los tiempos electorales y la fuerte oposición al gobernador de este período, por parte del candidato que le sucedió quien inmediatamente asumido, desestructuró los cambios realizados por aquel.

De acuerdo a investigaciones anteriores, se pudo observar que la mayor diferencia entre este gobierno y los anteriores fue una mayor racionalidad y previsibilidad en el gasto, como pudo observarse en el Anexo III del Cap. 2. En lo que se refiere a salud, es claro el aumento sostenido del presupuesto en el período, aunque se mantuvo el tipo de asignación discrecional (propia de los patrimonialismos), en consonancia con las mayorías legislativas. Por otra parte, el proceso de patrimonialización se había realizado en las etapas anteriores, junto con la transformación económica de la provincia, mostrando a su vez la baja inversión en políticas como salud y educación, tal como se ha demostrado. Situación ésta que trató de ser superada por el gobierno de este período de estudio, tal como se demuestra en los datos. Sin embargo, se mantuvieron las prácticas políticas personalistas¹ y clientelares.

En relación a la burocracia, que es el foco de este estudio, puede afirmarse que, si bien hubo renovación en los funcionarios políticos y designaciones más relacionadas con criterios funcionales, al menos en el área de salud, otros aspectos continuaron. En lo referente a cuestiones normativas, se siguió aplicando en parte, la ley de carrera sanitaria, aunque se priorizaron aspectos informales como: ingresos por contratos transitorios, sin concursos, (con renovación cada tres meses). Los salarios, se aumentaron, pero aún eran considerados bajos por los médicos. Frente a los cambios de la política, específicamente la de APS, se aumentaría la incertidumbre dentro del sector, que ya se había generado en estas burocracias atravesadas por el régimen político.

¹ Ya instaladas en la cultura política provincial (Rouquaud, 2012)

Los planteos anteriores brindan aspectos teóricos organizacionales tanto como históricos y situacionales del caso que posibilitan enmarcar este estudio y avanzar en las interrogantes que llevaron a analizar la burocracia de pie de calle, como: ¿se reproducirán las características definidas por Lipsky en este contexto? ¿Cómo influyen estas organizaciones burocráticas en los comportamientos de los SLBs, los médicos en este caso? Más concretamente, al estudiar la implementación de la política de Atención Primaria de la Salud ¿existe discrecionalidad decisoria entre los profesionales? Al tratarse de burocracias profesionales, con cierta autonomía ¿cómo influye el contexto organizacional analizado?

Cabe recordar que políticas sociales como salud, -junto a educación, vivienda y otras- constituyen el conjunto de derechos sociales ganados hace tiempo por la ciudadanía, producto de los Estados de Bienestar, por ello, de la implementación o ejecución de las mismas -definidas a ese efecto por los gobiernos- depende la constitución de ciudadanos más o menos completos respecto a esos derechos, con lo cual se define el bienestar que el Estado está obligado a brindarles. En los casos latinoamericanos, tal como se ha analizado, este aspecto no siempre está asegurado, lo cual justifica describir las particularidades que asumen los mismos, pues la alta variabilidad de las políticas, la baja institucionalización, escasez de recursos, venalidad y baja capacitación funcional de sus burocracias no aseguran el cumplimiento de estos derechos. De allí la importancia de analizar la implementación de políticas públicas en estos contextos, en este caso la salud.

En función de lo anterior este estudio aportaría al conocimiento de cómo pueden influir estos contextos político-administrativos en los comportamientos de los trabajadores de la “línea del frente” o *Street Level Bureaucrats* (SLBs) en su quehacer profesional de implementar una política tan importante como la de salud, en una provincia argentina -San Luis- cuyo régimen político se corresponde con los de tipo neopatrimonialistas vigentes aún en varios países -principalmente al interior- de Latinoamérica.

En este marco, el análisis de la política ‘desde abajo’ puede ser novedoso, dado su escasa aplicación a casos latinoamericanos. Sin embargo, no es un asunto nuevo, existiendo una amplia tradición en lo que se conoce como estudio de la *Street Level Bureaucracy*, en la implementación de políticas. En particular, el delineado por Lipsky

(1971, 1980, 1996, 2010), quien acuñó dicho nombre para describir los comportamientos de los integrantes del último nivel de las estructuras burocráticas, que tienen contacto directo con los ciudadanos. Es así que se ilumina un nuevo espacio de análisis, donde el gobierno se encuentra con la ciudadanía. En esa interrelación la responsabilidad de aplicar las políticas recae en estos empleados. El caso analizado corresponde a las burocracias profesionales, lo cual les otorga características propias a sus miembros, basadas en sus conocimientos, y trabajan con relativa independencia de sus colegas, aplicando normas o rutinas profesionales. En este sentido, la discrecionalidad y la autonomía para decidir es algo esperable por definición.

Así pues, se pone de relieve el concepto de discrecionalidad, aspecto crucial en este tipo de estudios y que constituye el foco de análisis de este trabajo. En términos generales, la literatura especializada viene analizando el comportamiento de los SLBs en dos direcciones: una bajo el supuesto que la discrecionalidad es inherente a sus conductas y otra opuesta a aquella, que sostiene que la organización y su gestión pueden disminuir la discrecionalidad. Así, además de las variables clásicas comúnmente analizadas en la literatura de referencia, en este trabajo se han considerado una serie de variables del contexto organizacional que puedan influir en los comportamientos de los SLBs. Los resultados de la investigación muestran que estos factores efectivamente tienen un peso determinante en los cursos de acción desarrollados por los profesionales médicos en APS, explicando la mayor discrecionalidad observada entre ellos en las diferentes medidas observadas.

Sin embargo, vale considerar que la falta de explicitación de los objetivos y metas de las políticas genera problemas de comprensión que al ser “interpretadas” por la administración pueden variar sus verdaderos objetivos, generar conflictos entre los niveles organizacionales, ampliando con ello la discrecionalidad decisoria, sobre todo de los SLBs.

Como se afirmó anteriormente, los burócratas profesionales, sobre todo los médicos, en este caso, poseen capacidades basadas en su conocimiento y experticia, que implican grados de discrecionalidad, pero para su desarrollo pleno requieren de condiciones que nos remiten a la organización y al contexto político.

Además de los aspectos organizacionales mencionados, los estudios han mostrado que aspectos como la presión por parte de la demanda, los recursos

institucionales existentes, así como características o rasgos individuales son factores que explican también la mayor discrecionalidad.

Este estudio posibilitó dar respuestas a las interrogantes antes planteadas que se pueden sintetizar en dos: 1) si existe discrecionalidad en los médicos de APS de San Luis y 2) qué factores organizacionales afectan a su variación.

En relación a la primera y luego de los procesos de análisis se identificaron tres variables de actuación profesional sujeta a la discrecionalidad profesional de los médicos: Internamiento, Atención general y Atención especializada. De allí se vislumbran en primer lugar, dos tipos de resultados generales:

- a) Existe baja Discrecionalidad, es decir que según declaran los médicos de APS, se ajustan en su accionar más a las normas. Las posibles causas de estos comportamientos, en general, podrían encontrarse, por un lado, en el contexto político cuyas características atraviesan las burocracias generando cierto temor e incertidumbre laboral. Y por otro, relacionado directamente con características de los SLBs, estos pueden negar su discrecionalidad para protegerse de la culpa, al distribuir servicios en contextos de recursos escasos. No obstante, se debería profundizar la investigación en esta línea.
- b) En relación a los factores explicativos de la discrecionalidad, se encontró que existen algunos que sugieren la presencia de *street level bureaucracy patterns*, como son la presión por volumen de demanda y los recursos insuficientes. A los que se agregan variables como: Alta incertidumbre de objetivos, Coherencia de objetivos (servicios vs. personales) negativa y baja percepción del nivel de logros. Estas tres últimas variables explicativas son novedosas en los estudios de SLBs, y se consideran más relacionadas al contexto político-institucional del caso en estudio, en especial la incertidumbre de objetivos, que aun siendo estos conocidos (según declaran los entrevistados), no impactan en la discrecionalidad.

Un paso más fue relacionar los rasgos personales con las tres variables de discrecionalidad identificadas al comienzo. Allí se eliminó la variable Atención Especializada por su baja incidencia en la discrecionalidad. De esa relación, los

resultados generales fueron:

- c) El género es un factor de mayor discrecionalidad. Así, los hombres de este grupo profesional mostraron una mayor incidencia de los juicios propios en sus decisiones.
- d) La relación causal entre género y discrecionalidad es novedosa, al no haberse considerado en los estudios de SLB y puede considerarse un aporte de esta investigación.

Respecto a los factores explicativos de esta discrecionalidad el plan de análisis, como se ha visto, ha consistido en la construcción de modelos de regresión conteniendo cada uno las variables identificadas, a saber: un primer modelo (Modelo 0) que considera los rasgos o características personales de los empleados entrevistados. El segundo modelo (modelo 1) introduce las llamadas variables clásicas en el estudio de la SLB (demanda y recursos); el tercero (Modelo 2) agrega a los anteriores la variable objetivos (incertidumbre de objetivos) y el cuarto (Modelo 3) agrega variables organizacionales (participación en reuniones o grado de coordinación y estructura decisional descentralizada vs centralizada).

Se trata de conocer el peso explicativo de los aspectos organizacionales, a la vez que comprobar las hipótesis centrales respecto a la extensión de la discrecionalidad entre los médicos: la discrecionalidad decisoria es mayor cuando mayor es la presión ejercida por el volumen de demanda, cuando el desempeño profesional tiene lugar en un contexto de escasos recursos y cuando la presión organizativa es mayor.

En relación a los resultados específicos se analizan cada uno de los factores explicativos organizacionales con la finalidad de elucidar su mayor o menor implicación en la discrecionalidad decisoria de los SLBs, en dos tipos de actuaciones, las actuaciones de Atención General y las actuaciones relacionadas con decisiones de Derivación a Internamiento de pacientes, como ha podido verse en el capítulo anterior. En el primer tipo de actuaciones:

- a) El género muestra la mayor incidencia en la discrecionalidad en este tipo de decisiones. Quizás ello pueda deberse al contexto social general, donde predominaría una cultura “machista” donde los hombres deciden más que las

mujeres, que atraviesa las organizaciones y se reproduce en ellas, generando decisiones más basadas en juicio propio en los hombres y las mujeres más en base a las normas. Señalaría un indicio para líneas de investigación futuras.

- b) Sumado a lo anterior se destaca la variable presión por volumen de demanda, siendo ésta una de las características clásicas en los análisis de discrecionalidad de los SLBs. Si se consideran las variables relacionadas con los objetivos de la política, es la incertidumbre respecto a los mismos la que explica que se tomen decisiones más orientadas por el juicio profesional propio que por la norma.

Esta es también una variable novedosa y que representaría comportamientos originados como consecuencia del contexto político-administrativo propio del caso en estudio, donde la discrecionalidad decisoria de los gestores en relación al presupuesto y a la burocracia es casi absoluta.

- c) Por último, cuando se incluyen en el modelo las variables organizacionales se muestra el peso que la coordinación entre servicios y la estructura de toma de decisiones tiene en el desarrollo de estrategias decisionales principalmente basadas en juicio profesional propio.

En relación a la primera, la menor frecuencia de reuniones produce decisiones basadas en juicio propio de los burócratas profesionales, lo cual demuestra la baja coordinación de los profesionales y la alta autonomía conforme a los comportamientos clásicos de los SLBs. En relación a la segunda, tal y como otros estudios han revelado, el mayor grado de centralización en la organización generaría mayor discrecionalidad, es decir, estrategias de toma de decisión basadas en juicios propio.

Cabe destacar que el diseño de investigación realizado no permite poner en relación estos resultados con causas derivadas del régimen político, pero como posibles causas puede apuntarse a los conflictos jerárquicos propios de las características de los SLBs y las prácticas de los neopatrimonialismos, en el sentido que se producen superposiciones en la estructura formal y la informal (representada por los confiables del gobernador) y bajos grados de coordinación, de acuerdo a Tabla 2.6 del Capítulo 2, la que se sustenta en

lineamientos teóricos fundamentados en investigaciones de casos empíricos latinoamericanos. Sin embargo, sería necesario continuar y profundizar en ambos aspectos en futuros trabajos para poder confirmar que se da una relación entre la burocracia patrimonialista y los aspectos organizacionales mencionados, específicamente en la toma de decisiones de los médicos de APS en la provincia de San Luis.

En síntesis, en el tipo de decisión de Atención General, influye, en relación a los rasgos personales, el sexo, produciendo en los hombres mayor discrecionalidad. En cuanto a las variables organizacionales, influyen: Presión por volumen de Demanda, Baja participación en reuniones de servicio y Estructura Centralizada, con lo cual se puede afirmar que se dan rasgos característicos clásicos de los SLBs y la causa principal se encuentra en los aspectos organizacionales analizados. La variable Incertidumbre de objetivos, es novedosa y atribuible hipotéticamente a las características propias del contexto político-administrativo del caso analizado cuya profundización puede contribuir a caracterizar otros casos latinoamericanos.

En relación a las actuaciones de Internamiento de pacientes, los resultados mostraron lo siguiente:

- a) Desde el punto de vista de los factores personales individuales, es la Antigüedad en el Servicio Público la variable que muestra mayor influencia a la hora de tomar decisiones basadas en juicios profesionales propios; este resultado parece lógico, pues la experiencia en burocracias profesionales es una característica de los SLBs, siendo en este caso además de especial relevancia para la toma de decisiones.
- b) La disponibilidad de recursos institucionales es otro elemento importante a la hora de tomar la decisión de Internamiento de pacientes, que al ser insuficientes refuerza la discrecionalidad del profesional médico. Esta es una variable clásica de los SLBs, que deben distribuir servicios públicos de acuerdo a sus juicios propios. Esta decisión involucra otros niveles de atención de la salud y tal como se expuso anteriormente, la priorización de la APS pudo generar ciertos desequilibrios en la asignación presupuestaria entre estos

niveles.

Además, en este tipo de actuación, aparece con mucha fuerza la variable Incertidumbre de Objetivos, como explicativa de la discrecionalidad en este tipo de decisión. Indicaría que, aunque los objetivos sean conocidos, estos al ser aplicados localmente, pueden ser modificados, prevaleciendo el juicio profesional. Similarmente a la decisión anterior, esta variable es novedosa y relacionada al contexto político-administrativo particular. Al considerar en el último modelo del análisis las variables organizacionales, los resultados muestran que se daría una mayor influencia nuevamente de factores individuales, como es el área de especialidad en la que trabajan los profesionales entrevistados, junto con la estructura de toma de decisiones de la organización (centralizada vs descentralizada).

En resumen, en la decisión de Internamiento influye con mayor intensidad un rasgo personal como es la Antigüedad en el Servicio y más levemente la Especialidad en Medicina General. En relación a los factores organizacionales, surge con mayor fuerza los Recursos Institucionales y en menor medida la Estructura de decisiones Centralizada.

Finalmente, el análisis general y más profundo y detallado de las variables que influyen en la discrecionalidad decisoria de los médicos de APS de la provincia de San Luis, en los dos tipos de decisiones seleccionadas, permite concluir lo siguiente:

1. Si bien la discrecionalidad es baja, de acuerdo a lo expresado por los médicos de APS de la provincia, que tal como se expresó tendría su explicación en el contexto político-administrativo, esta característica se corresponde con el caso particular analizado. Ello no significaría, en principio, que se esté cumpliendo con todas las normas y se alcancen los objetivos de las políticas públicas, en este caso de APS, pues son las otras variables analizadas las que demuestran lo contrario. Sin embargo, queda así delineado un camino de investigación que profundice en estas causas.
2. Cuando se analizan los orígenes de la discrecionalidad en las decisiones seleccionadas, se verifica la existencia de las características más clásicas de los

SLBs de acuerdo a los enfoques teóricos estudiados. Se demuestra así, que en el contexto socio-histórico-político en que se desenvuelve el caso, se reproducen tales rasgos que fueran definidos en otros contextos culturales, que en algunos momentos aparecen mezclados con las características asociadas a los regímenes políticos más extendidos en América Latina, como son los neopatrimonialismos, cuyo poder omnímodo afecta las burocracias de manera particular, tal como se ha tratado en los capítulos de esta tesis. No obstante, su diferenciación requiere también profundizar el análisis en futuras investigaciones.

3. En este punto se resaltan las variables más novedosas del caso, que surgieron del análisis como explicativas de la discrecionalidad, como son el Género y la Incertidumbre de Objetivos. La primera se revela como una variable no contemplada en los estudios de SLB, al menos en la revisión bibliográfica realizada, lo cual podría considerarse un aporte importante de esta investigación. La segunda, se considera, como se expresó, una variable inherente al contexto político que atraviesa la burocracia y constituiría una particularidad del caso, aunque ambas responderían al contexto cultural particular del mismo.
4. Un objetivo central de esta tesis fue analizar la influencia que los aspectos organizacionales tienen en la mayor o menor discrecionalidad que desarrollan los SLBs. En efecto, se ha demostrado claramente que son estos los que más influyen en el desempeño profesional de los SLBs, dado que, si bien estos aspectos son muy mencionados en la teoría, no se ha constatado que existan muchos estudios que apliquen este enfoque, y mucho menos a un caso latinoamericano, lo cual constituye el mayor aporte de este estudio al análisis de la implementación de políticas públicas en un contexto latinoamericano.

A modo de reflexión final, haber transitado el largo y sinuoso camino que llevó realizar esta tesis permite expresar de forma renovada que siguen vigentes en general las propuestas de la Teoría de la Administración Pública sobre la necesidad de atención política que estas organizaciones merecen para mejorar su *performance* en el espacio

público, lo que implica realizar reformas administrativas permanentes que posibiliten el alcance de los objetivos surgidos de los gobiernos legítimamente constituidos y a su vez posibiliten profundizar el rol que estas instituciones tienen en las democracias actuales.

En relación al enfoque de análisis aplicado, de abajo hacia arriba -o *bottom-up* en su lenguaje original-, se plantea como necesario y prioritario dirigir la mirada de los tomadores de decisiones políticas hacia estos espacios donde, como ha sido ampliamente estudiado, se encuentran y materializan las relaciones Estado – Sociedad, o en concreto, burocracia-ciudadanos. Esto implicaría, por una parte, reafirmar lo dicho por muchos autores, sobre la necesidad de revertir el enfoque dicotómico de la implementación que aún persiste, es decir, superar desde el nivel político, la idea que el mero anuncio o la sola sanción de una ley lleva a concretar la política. Por otra, y, en consecuencia, tomar decisiones a partir de diagnósticos que demuestren los verdaderos problemas a que se enfrenta, en el caso analizado, la política de APS de la provincia, lo que implicaría dar relevancia a quienes son conocedores de los mismos, los que están en la “línea de fuego”, los SLBs. Esto implicaría que se tomen decisiones más informadas -tal como se propone desde la teoría de las políticas públicas- por un lado y por otro, al involucrar a quienes deben implementarla, se podría lograr su compromiso con los objetivos que se propongan, para ello se requieren de estrategias a largo plazo, de capacidades de negociación y verdaderos deseos de cambio, que se deberían reflejar en la asignación presupuestaria prioritariamente, en la asignación de recursos materiales, técnicos, financieros como así también dotar y capacitar al personal, tanto administrativo como profesionales y técnicos, de las organizaciones públicas, para alcanzar los objetivos propuestos, lo que implicaría combinar este enfoque con su “contrapuesto” de arriba hacia abajo o *top-down*, el que a su vez debería modernizarse, superar el verticalismo tradicional que también persiste muchos organismos con atrasos técnicos, logrando la desburocratización, la profesionalización administrativa, aplicando nuevas modalidades de gestión, los cuales coexisten con otros tecnificados, produciendo una dualidad organizativa, en los sistemas públicos.

Tal como se ha expresado, el contexto particular del caso en estudio, recoge las características más usuales de las burocracias latinoamericanas, con particularidades que han sido analizadas en esta y en investigaciones anteriores. En este sentido,

plantear reformas administrativas implica un desafío superior, pues tendrían un alcance mucho mayor al involucrar aspectos culturales predominantes, producto de más treinta años de gobierno de una misma familia -con cortas interrupciones- en la provincia de San Luis. Esto es, tender a cambiar las prácticas político-administrativas (clientelismo, patronazgo político, venalidad, etc.), que han llevado a la sociedad a naturalizar las mismas. Un tema controversial es preguntarse ¿cómo se lograría? Si bien responder a ello implicaría un estudio específico y profundo que involucra una visión interdisciplinaria, se podrían aventurar algunas respuestas, que no podrían situarse sólo en el nivel político, sino apelar a la ciudadanía, a los grupos sociales críticos, que desde los micro espacios se vayan empoderando para que dentro de las instituciones democráticas, puedan propender a los cambios necesarios y finalmente, abordar las reformas de las burocracias estatales, tendientes a lograr una mayor autonomía de la política, pero a su vez el compromiso de las organizaciones de servicio público con la sociedad, lo cual implica una visión esperanzada a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Acuña, C. (2010) *“Los desafíos de la Coordinación y la Integralidad para las políticas y la gestión Pública en América Latina”* en *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Proyecto de Modernización del Estado. Jefatura de Gabinete de Ministros. Buenos Aires.

Aguilar Villanueva, L.

_ (2015). *Gobierno y administración pública*. Fondo de Cultura Económica.

_ (2009) *“Marco para el análisis de las políticas públicas”* en Mariñez Navarro, F. y Vidal Garza Cantú (Coords.) *Política Pública y Democracia. Del análisis a la implementación*. Miguel Ángel Porrúa. México DC.

_ (1996a). *La implementación de las políticas*. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México.

_ (1996b) *La Hechura de las políticas*. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México.

_ (1993) *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México.

Alma Ata, (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Organizada por OMS/OPS y UNICEF. Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre. www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html

- Alonso, G. (2007) *"Elementos para el análisis de las capacidades estatales"* en Capacidades estatales, instituciones y política social. Alonso G. (Editor), Prometeo Libros Bs.As.
- Barbeito, A. y Lo Vuolo, R. (1992). *"La modernización excluyente. Transformación económica y Estado de Bienestar en Argentina"*. Unicef Ciepp - Losada Bs. As.
- Barbeito, A. (1998). *"Gasto Público Social y retracción del Estado de Bienestar. En La Nueva Oscuridad de la Política Social. Del Estado populista al neoconservador"*. Miño y Dávila – CIEPP. Buenos Aires- Madrid.
- Bardach, E. (1977). *The implementation game: What happens after a bill becomes a law* (Vol. 1). Cambridge, MA: mit Press.
- Barzelay, M. (1998). *Atravesando la burocracia. Una nueva perspectiva de la Administración Pública*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Belmartino, S.
- _(2005a). *Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina Salud Colectiva*, La Plata, 1(2):155-171, Mayo-Agosto, Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-207.pdf>
- _(2005b). *Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. Salud Colectiva*, La Plata, 1(2):155-171, Mayo-Agosto Disponible en <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-207.pdf>
- _(2004) *Una década de cambios en la organización de la seguridad social médica ¿Reconversión o reforma?* En: Salud Colectiva. Spinelli, H. (Comp). Buenos Aires p. 147-169.
- _(1999) *Nuevas reglas del juego para la Atención Médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?* Lugar Editorial Bs. As.
- Berman, P. (1996), El estudio de la macro y micro-implementación. En Aguilar Villanueva, L. *La implementación de las políticas*. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México
- Bresser-Pereira, L., Cunill Grau, N. Garnier, L. Oszlak, O. y Przeworski, A. (2004) *Política y Gestión Pública*. Fondo de Cultura Económica- CLAD. Argentina.
- Brugué, Q. y Subirats, J. (1996) *Lecturas de gestión pública*. Instituto de Administración Pública-Boletín Oficial del Estado. Madrid. España.
- Bustelo, E y Minujin, A. (1996). "La política social esquiva", 1º Congreso del Centro

- Interamericano para el Desarrollo (CLAD). Río de Janeiro.
- Cámara Guillet, S. (2015). "La gestión estratégica de RRHH como medio para mejorar la prestación de servicios en el sector público. El caso del Policlínico Regional Juan Domingo Perón" Trabajo Final Carrera Licenciatura en Administración. UNSL FCEJS. Villa Mercedes. Argentina. Inédita.
- Cavarozzi, M. (1996). *El capitalismo político tardío y su crisis en América Latina Homo Sapiens*. Ediciones. Argentina.
- Cetrángolo, O. & Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en argentina y equidad: Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Pan American Health Organization.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M.M. (Organiz.) (2009) *Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas*. Prometeo Libros. Universidad de General Sarmiento. Buenos Aires Argentina.
- Chiavenato, I. (2007) *Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones*. 8va. Edición. Mc Graw Hill. México.
- Chudnovsky, M. (Comp.) (2015). *El valor estratégico de la Gestión Pública. Trece textos para comprenderla*. Editor CAF Banco de Desarrollo de América Latina. Argentina
- Cleary, S. M., Molyneux, S., & Gilson, L. (2013). *Resources, attitudes and culture: An understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings*. BMC Health Services Research, 13(1), 1-11.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS) (2008) Informe Técnico "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf.
- Consejo Federal de Modernización e Innovación en la Gestión Pública de la República Argentina (COFEMOD). Carta Iberoamericana de la Función Pública. (2006) <http://www.sgp.gov.ar/contenidos/cofefup>.
- Consejo Científico del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo CLAD (1998). "Una Nueva Gestión Pública para América Latina". 14 de octubre.
- Diario de Madryn (2017) La Eficacia del Gasto en salud sigue siendo un debate irresuelto. Recuperado de: <http://www.eldiariodemadryn.com/2017/12/> la-

eficacia-del-gasto-en-salud-sigue-siendo-un-debate-irresuelto/ D

Di Gropello, E. y Cominetti, R. (Comp). (1998). *La Descentralización de la Educación y la Salud: Un Análisis Comparativo de la Experiencia Latinoamericana*. CEPAL.

DOI: 10.1111/j.1467-9515.2011.00766.x Vol. 45, No. 3, June, pp. 221–244

Ellis, K. (2011) 'Street-level Bureaucracy' Revisited: The Changing Face of Frontline Discretion in Adult Social Care in England. *Social Policy & Administration* ISSN 0144–5596

Elmore, R. F. (1996) Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales. En Aguilar Villanueva, L. *La implementación de las políticas*. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México.

Evans, P. (1996) El Estado como Problema y como solución. Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales. Nº140. Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES) Buenos Aires. Argentina.

Evans, T. (2011). Professionals, managers and discretion: Critiquing street-level bureaucracy. *The British Journal of Social Work*, 41(2), 368-386. doi: <http://0-dx.doi.org.athenea.upo.es/10.1093/bjsw/bcq074>

Evans, T., & Harris, J. (2004). Street-level bureaucracy, social work and the (exaggerated) death of discretion. *British Journal of Social Work*, 34(6), 871-895.

Giner, S. y Sarasa, S. (Edit.) (1997) *Buen Gobierno y Política Social*. Editorial Ariel S.A. Barcelona. España.

Guillén, M. F. (1990). *Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas*. Reis, 35-51.

Gobierno de la Provincia de San Luis (2011). Dirección de Estadísticas y Censos. Informe de Salud Provincia de San Luis.

Gobierno de la Provincia de San Luis (2013). Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias (DINREP). Informe Socio-Económico San Luis. Disponible en [http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/ Informes/archivos/san_luis.pdf](http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/san_luis.pdf).

Gobierno de la Provincia de San Luis. (2013). Dirección de Estadísticas y Censos. Informe de Población Urbana y Rural Provincia de San Luis. Disponible en: <http://admin.estadistica.sanluis.gov.ar/estadisticaWeb/Contenido/Pagina/File/ESD/informeUrbanoRural.pdf> Co

- Gobierno de San Luis (2014). Plan Maestro de Salud 2014-2025. Ley Nº III-0880-2014
Disponible en <http://senado.sanluis.gov.ar/digesto/?id=760>
- Gobierno de la República Argentina. (2016). Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas. Subsecretaría de Planificación Económica. Dirección Nacional de Planificación Sectorial. Informes de Cadena de Valor. “Salud, Farmacia y equipamiento médico”. Año 1 N°21 – Diciembre ISSN 2525-0221.
www.economia.gob.ar. Bs. As. Argentina.
- Goodnow, F. (1999). *Política y Administración. En Clásicos de la Administración Pública*. Shafritz, J. y Hyde A. Fondo de Cultura Económica. México.
- Gutiérrez, L. (2016). “Representaciones Sociales y Ciudadanía: El Caso del Plan de Inclusión Social en Villa Mercedes” Tesis Inédita Maestría Sociedad e Instituciones. UNSL. Villa Mercedes, San Luis.
- Hall, Richard H. (1996). *Organizaciones. Estructuras, procesos y resultados*. Prentice Hall Hispanoamericana S.A. México.
- Hans-Ulrich Derlien (1996). “Gestión Pública y Política” En *Lecturas de Gestión Pública*. Ed. Ministerio de Administraciones Públicas. INAP. España.
- Hardina, D., & Montana, S. (2011). Empowering staff and clients: Comparing preferences for management models by the professional degrees held by organization administrators. *Social Work*, 56(3), 247-57. Retrieved from <http://0-search.proquest.com.athenea.upo.es/docview/922422353?accountid=14695>
- Hill, M & Hupe, P. (2014). *Implementing Public Policy. An introduction to the study of operational governance*. Third Edition SAGE. Los Ángeles, London, New Dheli, Washignton D.C.
- Hupe, M. Hill, M. and Buffat, A. (Edit.) (2015) *Understanding Street-Level Bureaucracy*. Policy Press. UK.
- Hoyle, L. (2014). 'I mean, obviously you're using your discretion': Nurses use of discretion in policy implementation. *Social Policy and Society*, 13(2), 189-202.
doi: <http://0-dx.doi.org.athenea.upo.es/10.1017/S1474746413000316>.
- Hugo, S. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Hupe, P. Hill, M. and Buffat, A. (2015) (Edit). *Understanding street-level Bureaucracy*. Policy Press. UK.

- Hupe, P. and Hill, M. (2007) *Street-Level Bureaucracy and Public Accountability*. Public Administration Vol. 85, No. 2, (279–299) USA.
- INDEC (2010). Censo Nacional República Argentina.
- Isett, K. R., Morrissey, J. P., & Topping, S. (2006). Systems ideologies and street-level bureaucrats: Policy change and perceptions of quality in a behavioral health care system. *Public Administration Review*, 66(2), 217-227. Retrieved from <http://0-search.proquest.com.athenea.upo.es/docview/197175864?accountid=14695>
- Isuani, E.A.; Tenti, E.; Lumi, S.; Goldbert, L.; Lo Vuolo, R.; Pérez I.C. (1989) *Estado Democrático y Política Social*. Editorial Universitaria de Buenos Aires EUDEBA. Argentina
- Isuani, E.A. y Mercer, H. (1988) La fragmentación institucional del sector salud: ¿Pluralismo o Irracionalidad? *Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina N° 241*, Buenos Aires, Argentina.
- Isuani, E.A. (1992). Política social y dinámica política en América Latina. ¿Nuevas respuestas para viejos problemas? *Revista Desarrollo Económico* N° 125. IDES ISSN 0046-001X. Vol. 32, abril-junio.
- Jordana, J. (2007). “El análisis de los *policy network*: ¿Una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?”, en *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Proyecto de modernización del Estado. Buenos Aires.
- Keiser, L. R. (2010). Understanding Street-Level bureaucrats' decision making: Determining eligibility in the social security disability program. *Public Administration Review*, 70(2), 247-257.
- Križ, K., & Skivenes, M. (2014). Street-level policy aims of child welfare workers in England, norway and the united states: An exploratory study. *Children and Youth Services Review*, 40, 71-78. doi: <http://0-dx.doi.org.athenea.upo.es/10.1016/j.childyouth.2014.02.014>
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative science quarterly*, 1-47.
- Lipsky, M. (2010) *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expa ed.). New York: Russell Sage Foundation.
- _(1996) Los Empleados de base en la elaboración de políticas. En *Lecturas de*

- Gestión Pública*. Selección de Textos: Quim Brugé y Joan Subirats. MAP-BOE. Instituto de Administración Pública. Boletín Oficial del Estado. Madrid. España. Traducido versión Original "Street-Level Bureaucrats as Policy Makers" 1987 *Public Administration: Politics and the People*, Londres, Longman.
- _(1980). *Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation, 71.
- _(1971) "Street-Level Bureaucracy and the analysis of urban reform." *Urban Affairs Quarterly*. Beverly Hill. California.
- Lo Vuolo, R. y Barbeito, A. (1998) *La Nueva Oscuridad de la Política Social*. Del Estado populista al neoconservador. Miño y Dávila. CIEPP. Buenos Aires- Madrid.
- Longo, F. (2004). *Mérito y Flexibilidad. La gestión de las personas en las organizaciones del sector público*. Paidós. España.
- Lowi, T. (1996) *Políticas Públicas, estudios de caso y teoría política*. Aguilar Villanueva, Luis. *La Hechura de las Políticas*. Miguel Ángel Porrúa. México.
- Maceira, D. (2008). *Crisis económica, política pública y gasto en salud: La experiencia argentina*. CIPPEC, Buenos Aires.
- Mainwaring, S. y Pérez-Liñán, A. (2015-2016) "La democracia a la deriva en América Latina". *POSTData 20, N°2, Octubre/2015-Marzo/2016*, ISSN 1515-209X, (págs. 267-294).
- Martínez Franzoni, J. (2005) "Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales". *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales, vol II, no. 2*. FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, San José, Costa Rica: Costa Rica.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, Vol. 5, No. 2(Apr.), pp. 145-174. Published by: Oxford University Press on behalf of the Public Management Research Association. Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/1181674>. Accessed: 13-04-2016 16:38 UTC.
- Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2000). State agent or citizen agent: Two narratives of discretion. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 329-358.

- Mazzáfero, V. y Colab. (1987) *Medicina en Salud Pública*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina
- Mazzuca, S. (2002) "¿Democratización o Burocratización? Inestabilidad del acceso al Poder y Estabilidad del Ejercicio del Poder en América Latina" *Araucaria Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*. Año 3, Nº 7 Primer semestre. ISSN 1575-6823. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/282/28240703.pdf>.
- Medellín Torres, P. (2004) *La Política de las Políticas Naciones Unidas-CEPAL* Santiago de Chile.
- Merino, M. (2013). *Políticas Públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos*. CIDE (Centro de Investigación y Docencia Económicas). México D.F.
- Meny, I. y Tohenig, J.C. (1992). *Las políticas públicas*. Editorial Ariel. Barcelona.
- Minzberg, H. (1984) *Estructura de las Organizaciones*. Editorial Ariel. Barcelona.
- Nielsen, V.L. (2006) Are Street-Level Bureaucrats Compelled Or Enticed To Cope? *Public Administration* Vol. 84, No. 4, (861–889) USA. doi: 10.1111/j.1467-9299.2006.00616.x.
- O'Donnell, G. (1996). Otra institucionalización. en *Ágora Cuadernos de Estudios Políticos, Grupo Universitario de Estudios Políticos, Año 3, Nº 5*, Bs. As.
- _(1993) Acerca del Estado, la Democratización y Algunos Problemas Conceptuales. Una Perspectiva Latinoamericana con Referencias a Países Poscomunistas. *Desarrollo Económico*. Vol. XXXIII Nº 130. IDES. Argentina.
- Osborne, D. y Gaebler, T. (1992) *La Reinención del Gobierno. La Influencia del Espíritu Empresarial en el Sector Público*. Barcelona, España.
- Oszlak, O y O'Donnell, G, (1976) "Estado y Políticas Públicas en América Latina: hacia una estrategia de investigación". Doc. CEDES/G.E. CLACSO/Nº 4, Buenos Aires
- Oszlak, O.
- _(2006). Burocracia estatal: Política y políticas públicas. *POSTData Revista de Reflexión y Análisis Político*. Vol. XI, Abr. Buenos Aires, Argentina
- _(1984) (Comp.) *Teoría de la Burocracia Estatal*. Editorial Paidós. Bs.As. Barcelona. México.
- _(1980) "Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas

- experiencias latinoamericanas". *Documento de Estudios CEDES*. Vol. 3 Nº 2, Buenos Aires.
- Oszlak y O'Donnell. (1981) Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una estrategia de Investigación. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Documento G.E. CLACSO/No.4.
- Páez, M.; Bussetti, M.; Fernández, C.; Saibene, M. (2010). Entre los devenires de las políticas públicas y los laberintos de los fondos públicos. VI Jornadas de Sociología de la UNLP, 9 y 10 de diciembre de 2010, La Plata, Argentina. EN: Actas. La Plata: UNLP. FAHCE. Departamento de Sociología. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5244/ev.5244.pdf.
- Páez, M. (2007). "Distribución sectorial del empleo en San Luis: precariedad y asistencia estatal". V Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo. Montevideo, Uruguay.
- Páez, M. (2004) El ingreso y su distribución. Análisis por rama de actividad en la provincia de San Luis durante la década del '90. Tesis de Maestría. UNSL V. Mercedes (San Luis).
- Páez, M. Bussetti, M. y Olguín, J. (2002). "San Luis, ¿modelo nacional?", en Kairos Revista de Temas Sociales de la UNSL Nº9, ISSN 1514-9331. Website: <http://www.revistakairos.org/k09-07.1.htm>
- Parsons, W. (2007) Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas públicas. Edit. Miño y Dávila. Buenos Aires
- Pautassi, L. (2010) El aporte del enfoque de derechos a las políticas sociales. Una breve revisión. Naciones Unidas. Cepal. GTZ.
- Pedraza C. (2013). "Gasto de Bolsillo en Salud y Rol del Gasto Público en Países de América del Sur" IV Encuentro Unidades de Economía de la Salud" Santiago de Chile. Noviembre
- Pérez Irigoyen, C. (1989) Política Pública y Salud. En Isuani, E. et al en *Estado Democrático y Política Social*. Editorial Universitaria de Buenos Aires EUDEBA. Argentina
- Perrow, C. (1992) "Una Sociedad de Organizaciones" *REIS* Nº 59. Pág. 19 a 55. España
- Peters, B.G., & Murillo S.L. (2005). Gobernanza y burocracia pública: ¿Nuevas formas de democracia o nuevas formas de control? *Foro Internacional*, 585-598.

- Peters, B.G. (2003). La capacidad para gobernar: ¿Retrocediendo hacia el centro? *Revista Del CLAD Reforma y Democracia*, (27), 1-13.
- Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación Consejo Federal de Salud (2004). Bases Plan Federal de Salud 2004-2007. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-109.pdf>
- Pressman, J.L., & Wildavsky, A. (1973). Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga... Morals on a Foundation (Oakland Project). University of California Press.
- Ramió Matas, C. (2001) "Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional". *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 21. Caracas. Colombia.
- Repetto, F.
- _(2007a) "Capacidad estatal, institucionalidad social y políticas públicas" En *Capacidades estatales, instituciones y política social*. Cap. 2. Alonso G. (Editor), Prometeo Libros Bs.As.
- _(2007b) "Una mirada política de la implementación y el desarrollo social... o el complemento de un enfoque gerencial de la implementación." En Cortázar Belarde, Juan C. (Ed.) *Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. BID, Washington DC.
- _(2009) "El marco institucional de las políticas sociales: Posibilidades y límites para la gestión social", en Chiara, M. y Di Virgilio, M. (Coords.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Edit. Prometeo – Univ. Gral. Sarmiento. Bs. As.
- Repetto, F.y Dal Masetto, F. (2004) "Problemáticas institucionales de la política social argentina: más allá de la descentralización", en Jordana, Jacint y Gomá, Ricard (Comps.) *La descentralización en América Latina*, Barcelona
- _(2001) (Coord.) "Descentralización de la Salud Publica en los Noventa: Una Reforma a Mitad de Camino" Documento 55. Elaborado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia.

- Riccucci, N. (2005). *How management matters: Street-level bureaucrats and welfare reform*. Washington, D.C.: Georgetown University Press. Retrieved from <http://www.loc.gov/catdir/toc/ecip051/2004023154.html>
- Ross, P. (2007). The construction of the public health system in argentina 1943-1955- construcción del sistema de salud. *Electroneurobiología*, 15(5), 107-178.
- Rouquaud, I. (2017a) *Implementación de políticas públicas. Política y Administración desde la perspectiva de los Street Level Bureaucrats*. Trabajo presentado en: IV Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales. 17 al 19 de julio. Organizado por FLACSO, España. Universidad de Salamanca España.
- _(2017b) *Implementación de políticas públicas y su rol en la profundización de la democracia. Análisis desde la perspectiva de abajo hacia arriba*. XXXI Congreso ALAS 2017 Uruguay. Montevideo.
- _(2015) *Implementación de Políticas Públicas. Modelo de análisis desde la perspectiva Street-level bureaucrats*. Trabajo presentado en VIII Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, 22 al 24 de julio, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rouquaud, I. y Páez, M. (Coords) (2013) *Políticas Públicas. Algunas Experiencias en Iberoamérica*. Edit. CLACSO. ISBN 978-987-1891-87-0. Buenos Aires. Argentina. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20131217124114/PoliticasyPubblicas.pdf>
- Rouquaud, I. (2012). *Políticas Públicas y cultura política. Política de vivienda y ciudadanía deficitaria*. EAE Editorial Académica Española. Lap Lambert Academic Publishing GmbH. ISBN 978-3-659-01154-2. Alemania.
- Rouquaud, I.; Rubio, I.; Zavala, M. (2010). *Los desafíos de la coordinación intergubernamental: El caso de la provincia de San Luis*. Presentado en VI Jornadas de Sociología de la UNLP, 9 y 10 de diciembre. La Plata, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5248/ev.5248.pdf
- _(2008a). *Políticas Públicas y Cultura Política. La política de vivienda en San Luis 1984-2001*. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en:

- http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6391/ev.6391.pdf.
- _(2008b) Política social de vivienda: ¿Provisión sin titularidad? El caso de la provincia de San Luis 1983-2001. 4to. Congreso Nacional de Políticas Sociales. Organizado por Asociación Argentina de Políticas Sociales (AAPS) y Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe. Argentina. Disponible en http://www.aaps.org.ar/pdf/libro_cuartocongreso.pdf.
- Rouquaud, I. y Pacheco, A. (2008) "Relación política-administración en los gobiernos locales: hacia una caracterización de la gestión local". En J.J. Fernández Alles, G. Trocello (Coord) Relaciones intergubernamentales y desarrollo local. Edit. Tirant Lo Blanch, (España).
- Rouquaud y Herrera, M. (2001). La Otra Ciudadanía: El caso de una provincia argentina" Capítulo del Libro "Contrapuntos sobre política y democracia: Poder, legitimidad, cultura política e identificaciones colectivas. Consejería de Asuntos Institucionales Junta de Andalucía. Sevilla. España.
- _(2000) "Patrimonialismo y Políticas Sociales. La Ciudadanía Deficitaria" en *Kairos Revista de temas sociales*, Nº 5 ISSN Nº 0329-336X, editada por UNSL. 1º Semestre 2000. Website www.fices.unsl.edu.ar.
- Salej, S.; Ardila, A.y Bragato, J. (2016). «De vuelta a Lipsky: el caso del Programa Estructural en Áreas de Riesgo (PEAR) del Municipio de Belo Horizonte (Brasil)». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 154: 119-136.
- Shafritz, J.M. y Hyde, A.C. (1999) Clásicos de la Administración Pública. Fondo de Cultura Económica. México.
- Simon, Herbert A. (1979) El comportamiento Administrativo. Estudio de los procesos de adopción de decisiones en la organización administrativa. Aguilar S.A. de Ediciones. Buenos Aires.
- Stoker, R. P. (1996) "Un marco de análisis para el régimen de implementación: cooperación y reconciliación entre los imperativos federalistas". En Aguilar Villanueva, L. La implementación de las políticas. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México.
- Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816.

- Stoner, J. Freeman, R. y Gilbert, Jr. D. (1996) *Administración* Prentice Hall Hispanoamericana S.A. México.
- Trocello, M.G. (2008) *La manufactura de ciudadanos siervos: cultura política y regímenes neopatrimonialistas*. Editorial Nueva Universidad - U.N.S.L., San Luis Argentina. 400 p. ISBN 978-987-1031-74-0. San Luis. Argentina.
- _(2004) "Cultura Política y Legitimidad Simbólica en San Luis" *Revista Política y Gestión Volumen 7*. Editorial: Homo Sapiens. Rosario. ISBN 950-808-422-7 Junio.
- Tummers, L.; Vermeeren, B.; Steijn, B. and Bekkers, V. (2012) Public Professionals And Policy Implementation. Conceptualizing and measuring three types of role conflicts. *Public Management Review* ISSN 1471-9037 print/ISSN 1471-9045 online. Vol. 14 Issue 8 2012 1041–1059. Taylor & Francis. <http://www.tandfonline.com>. <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2012.662443>.
- Tummers, L.G., Bekkers, V.J.J.M., Vink, E., Musheno, M. (2015) Coping during public service delivery: A conceptualization and systematic review of the literature. *Journal of Public Administration, Research and Theory Volume 25*, Issue 4, 1 October Pages 1099–1126.
- Vilchez, V. (2017) "Clientelismo Político Institucional. Las prácticas y las construcciones de sentido -acciones simbólicas-del clientelismo político en el Plan de Inclusión Social "Trabajo por San Luís". Un estudio de caso. Tesis de Maestría Sociedad e Instituciones. UNSL. Facultad de Cs. Económicas, Jurídicas y Sociales. V. Mercedes San Luis. Argentina
- Vinocur, P y Halperin, L. (2004) *Pobreza y Políticas Sociales en la Argentina de los '90*. División de Desarrollo Social. CEPAL – Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Watkins-Hayes, C. (2009). *The new welfare bureaucrats: Entanglements of race, class, and policy reform*. Chicago: University of Chicago Press.
- Weatherley, R., & Lipsky, M. (1977) *Street-level bureaucrats and institutional innovation: Implementing special education reform in Massachusetts*. Cambridge: Joint Center for Urban Studies of the Massachusetts Institute of Technology and Harvard University.
- Weber, M. (1974) *Economía y Sociedad*. Tomo I. 1º Publicación 1992. México. Fondo de Cultura Económica.
- Zuñanic, L. y Iacovello, M. (2010) "La burocracia en América Latina" *ICAP-Revista*

Centroamericana de Administración Pública (58-59). http://biblioteca.icap.ac.cr/rcap/58_59/laura_zuwanic.pdf

ANEXO 2.1

DOCUMENTO DE TRABAJO: LA POLÍTICA DE SALUD EN EL CONTEXTO NACIONAL

El presente documento de trabajo ha sido elaborado a partir de datos secundarios y estudio documental y constituye uno de los insumos del trabajo de investigación realizado para la tesis ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PERSPECTIVA DE LOS STREET LEVEL BUREAUCRATS. El documento realiza un análisis histórico de la política de salud en el territorio nacional.

2.1. Antecedentes histórico-políticos: caracterización

En este apartado se abordan aspectos que permiten entender la génesis del actual sistema de salud vigente en la Argentina. Más que una secuencia cronológica de acontecimientos, se focaliza en las intervenciones del Estado Nacional que caracterizaron el estilo político y la subsecuente conformación de una red institucional de las distintas políticas públicas del sector.

Para ello se sigue principalmente a Isuani, *et al* (1989) que realiza un recorrido de la relación Estado y sociedad civil, que posibilita evidenciar la configuración o entramado de los principales actores sociales y sus respectivos intereses, como así también de las relaciones de fuerza surgidas en diversos períodos de la evolución de la sociedad argentina.

Desde la independencia de la colonia española comenzó un período de luchas internas donde las regiones tuvieron un alto grado de autonomía, debido a su preexistencia (Preámbulo de la Constitución Argentina). A finales del siglo XIX se reorganizó el aparato estatal pero aún no constituía una Nación. Sin embargo, en esta etapa desarrolló el monopolio de la coacción física y demás atributos de la estatidad. Asimismo, se produjo la incorporación de grandes territorios a la producción agropecuaria (en la lucha y casi exterminación contra los indígenas), se estimuló la inmigración europea en un país con muy baja densidad poblacional, que sumados a la radicación de capitales extranjeros (parte de esa política) fortaleció el modelo agroexportador.

En este contexto el nuevo Estado argentino tuvo que afrontar situaciones como la miseria, la pobreza, carencia extrema y de abandono. Sin embargo, dada la política liberal imperante, fue la propia sociedad la que generó instituciones y estrategias para dar soluciones a estos problemas, como fueron: caridad privada, instituciones religiosas, étnicas de ayuda mutua, filantrópicas, etc.

La creación de la institución de Beneficencia Pública en 1823, por decreto del gobierno de la provincia de Buenos Aires marca un hito en la definición del “problema social” de la época, caracterizados por dos aspectos: 1) de orden ético-moral y 2) la estrategia de reclusión-segregación (ej. El hospicio, el hospital, el asilo, etc.).

Esta concepción implica en términos del autor, una “intervención dotada de una racionalidad negativa” en tanto busca evitar, excluir, impedir hechos que puedan alterar el “orden público”. Desde esta perspectiva “la acción pública se concibe como un deber del que la otorga y no como un derecho de quien que la recibe” (Isuani, *et al* 1989:14).

La contracara de esta política serán disposiciones públicas represivas, como fueron las leyes contra “vagos, malentretidos, linyeras y pordioseros, leva forzada, etc.” (Isuani *et al*, 1989).

A medida que se aceleraba el desarrollo de la sociedad estas normativas comenzaron a ser insuficientes y el Estado argentino generó otras acciones, que, si bien reflejaban la preocupación por el orden social, serían las que finalmente demostrarían que la Nación se construyó desde el Estado. Tales acciones o políticas

fueron principalmente las de educación (Ley de 1884 y Ley Lainez de 1905) y las de higiene.

Dentro de esta misma lógica, se creó en 1880 el Departamento Nacional de Higiene, convirtiendo así la salud en “un objeto explícito de intervención política”, cuyo objetivo principal fue garantizar la sanidad en los puertos y trenes, con intervenciones reguladoras, no prestadoras de servicios. Sin embargo, la aparición de enfermedades endémicas obligó la acción estatal sobre la salud, que comprendió: obras de potabilización del agua, sistema nacional de estadísticas sanitarias, campañas nacionales de vacunación, realización de conferencias sanitarias nacionales. etc. Se percibió la necesidad de penetración cultural y el mantenimiento de prácticas sanitarias a partir de intervenciones sistemáticas y organizadas.

Sin embargo, el Estado de la época nunca monopolizó las acciones sanitarias, dado que ya existían un conjunto de instituciones de la sociedad civil que realizaban en forma autónoma acciones educativas y curativas, sobre las que ejerció control y vigilancia, salvo en educación donde fue prestador directo y dominante.

A la vez que se desarrollaba el Estado y se desenvolvía económicamente el país, se constituyeron organizaciones sindicales produciendo los primeros conflictos laborales.¹ Esto impulsó al Estado a realizar acciones de represión por un lado y por otro de regulación protectora, reproduciendo la misma lógica de intervención de racionalidad negativa.

En una segunda etapa las luchas sindicales adquirieron un perfil más reivindicativo y menos revolucionario, presionando por jubilaciones. Estas pujas produjeron la aparición de sistemas diversificados, de acuerdo a cada uno de los grupos ocupacionales implicados. Esto es muy importante porque marcará el inicio de los sistemas particularistas que luego se reproducirán en casi todas las instituciones.

En relación a la salud, esta lógica atraviesa las existentes asociaciones de ayuda mutua proveniente de las comunidades étnicas que habían proliferado en la ciudad de Buenos Aires.

La crisis del '30 implicó la pérdida de fuerza de los liberales de la época, dando lugar a mayores intervenciones del Estado, especialmente en lo económico,

¹ Con ellas surgieron líderes políticos integrados por los inmigrantes de origen español, italiano, francés, alemán, etc. que trajeron sus ideales socialistas, anarquistas, o anarcosindicalistas que originaron importantes conflictos a los gobiernos liberales de la época.

contribuyendo así a paliar los problemas de aquellos terratenientes que formaban parte del poder en la etapa liberal.

Asimismo, la crisis obliga a redefinir el rol del Estado en materia social, iniciándose un tipo de intervención centralizada, coordinada y efectuada por especialistas donde intervienen sanitaristas, higienistas, trabajadores sociales, etc.²

A partir del primer gobierno peronista de 1945 se intensifica la intervención del Estado, en consecuencia, el aparato burocrático tuvo una fuerte expansión como producto de la etapa keynesiana anterior y debido a su vez a un cambio del discurso, las estrategias y las instituciones. Esto produjo un cambio en la relación Estado y organizaciones sociales, especialmente con los sindicatos de trabajadores, en un contexto altamente reivindicativo, cuyo instrumento fue el “convenio colectivo de trabajo” (Isuani, *et al*, 1989:16). Esta etapa inaugura una nueva modalidad de relación que Cavarozzi (1996), denominara Matriz Estado-Céntrica (MEC) donde el Estado tendió a universalizarse, (contrariamente a la etapa excluyente anterior)³

Tal y como expresa el autor la característica principal de los modos de vinculación entre las arenas políticas y las burocracias fue la relación uno a uno entre el Estado y sus organizaciones por un lado y por el otro, cada uno de los sectores y grupos sociales. Se generaron negociaciones aisladas entre sí (verticales), no permitiendo entretejer redes de intercambio político entre grupos y sectores (relaciones horizontales), en consecuencia: en la MEC la política se estatizó (Cavarozzi, 1996). Estas prácticas políticas impregnaron la cultura política argentina.

A partir de esta etapa comienza un proceso de sindicalización de los trabajadores, en una economía de pleno empleo, donde las reivindicaciones sociales logradas se concretaron en los mencionados convenios colectivos; vale recordar que la cuantía de las mismas dependía de la fortaleza de cada gremio y de la relación política con el Estado, lo que implicó cierta desigualdad en los logros. El principal instrumento del peronismo en relación a los asalariados fue propiciar y garantizar el empleo y los ingresos, pero no la provisión directa de bienes y servicios (por el Estado) a través de

² Esta ampliación de las funciones del Estado generó en consecuencia un crecimiento de la burocracia estatal que más tarde intervendría en las políticas públicas y generaría sus propios intereses (Isuani, *et al* 1989).

³ Según el mismo autor, este proceso fue particular porque afectó más a los contenidos y efectos sustantivos de las políticas públicas que a las reglas institucionales, importaba más el qué que el cómo.

sistemas universalistas (Isuani *et al*, 1989), generando así un sistema particularista de acceso al bienestar.

Importa destacar que la excepción a esta modalidad fue la preocupación por una estrategia universalista en la política de salud, impulsada por el ministro Carrillo del gobierno peronista (Isuani *et al*, 1989). Además, existieron estrategias de atención a los sectores de la población no integrada al mercado de trabajo.

Como síntesis del período, se puede afirmar que hubo fuertes discursos y acciones para lograr el bienestar por medio del trabajo asalariado y la asistencia social a los excluidos.

Tal como afirma Isuani *et al* (1989), en el campo de la salud es donde se expresan las tensiones entre universalismo y particularismo, debido a que el proyecto impulsado por el mencionado ministro Carrillo se contrapone con el interés sindical por el sistema de obras sociales que ya había surgido, pues el modelo universalista se basa en el concepto de ciudadanía y el segundo más particularista de solidaridad referido a la pertenencia a un grupo ocupacional. Esto a su vez posibilitaba el acceso al manejo de una gran masa de recursos proveniente de los aportes de los afiliados a los gremios. Sin embargo, ambos modelos se desarrollan en ese período. En síntesis, la lógica particularista característica de las primeras instituciones de ayuda mutua de los inmigrantes, fue reproducida después por las mutuales organizadas por los distintos gremios y luego se trasladó a las obras sociales (Belmartino, 2005).

La política de salud estatal de acceso libre y gratuito, estaba fuertemente centralizada a nivel nacional, y cristalizada en el Ministerio de Salud Pública en 1946, a lo que se sumó la sanción del código Sanitario Nacional y Plan de Inversiones del Sector Público (que se concretó en la construcción de hospitales en todo el país). A su vez, se apoyó -no sólo políticamente sino financieramente- la expansión de las obras sociales.⁴

Los gobiernos posteriores a 1955 fueron dictaduras militares en general, que, tras proscribir al peronismo, debían lograr cierta legitimidad, por lo que se aliaron con las corporaciones (que consintieron) e impusieron políticas “tecnocráticas,

⁴ Si se suman las políticas previsionales del período peronista (donde también se manifiesta la tensión universalismo-particularismo), la política de vivienda y la asistencia social (Fundación Eva Perón), en general las políticas sociales, se constituyeron en el mejor instrumento productivo para el logro de apoyo político (Isuani, *et al*, 1989).

racionalizadoras y eficientistas” que se aplicaron básicamente en el campo previsional y de la salud. Este último se tradujo particularmente en la “Ley de Obras Sociales de 1970” donde se traslada el manejo de estas organizaciones a los sindicatos, destinados principalmente a la prestación de servicios médicos, a través un sistema indirecto, donde las obras sociales contratan los servicios con el sector privado, convirtiéndose en su principal financiador (Isuani, *et al*, 1989). En relación al sector público de salud, se realizaron las primeras descentralizaciones de nación a las provincias y gobiernos locales, que inició a fines ´50 continuó en 1978 y 1980 (Repetto, *et al* 2001) y culminó en 1990 con el gobierno democrático del presidente Menem, en pleno auge neoliberal cuyas características se abordarán en el próximo apartado.

Tal y como afirman Isuani, *et al* (1989) los antecedentes particularismo vs universalismo marcaron el estilo y las instituciones de las políticas públicas en el país, con primacía del primero sobre el segundo. En este sentido, las políticas públicas son la síntesis de negociaciones directas entre el Estado y las corporaciones⁵ en general, ya que a aquellas se suman otras, como las empresariales, la Iglesia Católica y en especial las de salud, entre muchas otras.⁶

El siguiente cuadro trata de sintetizar las principales etapas de la evolución del rol del Estado y la generación de la política de salud:

⁵ El particularismo al ser un sistema de intereses de las organizaciones sociales sectoriales, se convierten en corporaciones cuando hacen uso del poder del Estado para imponerse en la sociedad y realizar sus propios intereses (Isuani, *et al*, 1989).

⁶ Se genera así la principal característica del Estado Argentino: su debilidad política o incapacidad de imponer el interés general debido principalmente a la falta de partidos políticos fuertes que pudieran representar dicho interés. Otra es la debilidad en su dimensión técnico-administrativa o su burocracia, que se manifestó en una fuerte fragmentación o anarquía institucional por falta de coordinación central (Isuani, *et al*, 1989).

Cuadro 2.1. Evolución del Estado Nacional y Política de Salud en Argentina

Etapas	Rol del Estado	Características	Actores
1° Constitución del Estado Argentino (Liberalismo Económico)	Mínima intervención, Regulaciones generales. Ley de Educación y de Higiene	Racionalidad negativa	Caridad privada, instituciones religiosas, étnicas de ayuda mutua, filantrópicas, etc.
2° Crisis del '30 (ídem anterior)	Mayor Intervención en lo económico y en lo social	Intervención centralizada, coordinada y efectuada por especialistas	Estado Nacional, sanitaristas, higienistas, trabajadores sociales
3° Gobierno Peronista desde 1945	Intervención total en lo económico y en lo social	Tensión entre particularismo-universalismo, con ganancia para el primero	Estado Nacional, (salud pública) Líderes sindicales, corporaciones, Obras Sociales, salud privada.
4° Gobiernos Militares (golpes de Estado) desde 1955 Hasta 1983 (excepto los períodos demo-cráticos 1963-1966 y 1973-1976)	Alianzas con corporaciones sociales y sindicales	Tecnocráticos, eficientistas, racionalizadores. 1° descentralización del sector salud (y educación) a las provincias	Estado Nacional, provincias, corporaciones, sindicatos, obras sociales sindicales, salud privada

Fuente: Elaboración propia en base a la bibliografía citada

2.1.1. Reforma del Estado de los '90 y Descentralización en Salud

En el apartado anterior se ha expresado brevemente el surgimiento del sector salud en el país vinculado al devenir histórico del Estado nacional, que determinó la composición actual del mismo. Esta etapa se trata por separado debido a la importancia del cambio y su impacto en el sistema. Importa destacar también que de aquí en adelante se enfocará exclusivamente en el subsector público, sin desconocer las interrelaciones con los otros subsectores, específicamente a partir de los inicios de la descentralización del sub-sector público y que culminó con la reforma del Estado de los años '90. Este sub-sector está integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud, que funcionan bajo la coordinación de los Ministerios y Secretarías de Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) (Repetto, *et al* 2001).

Como también se expresó, se puede observar que a partir de los gobiernos dictatoriales se realizaron distintos intentos de descentralización del gobierno nacional

a las provincias y municipios, pero no fueron completos, lo que implica que el gradualismo fue la característica principal de este proceso. Sin embargo, dicha característica no redundó en un beneficio del sub-sector (Repetto, *et al*, 2001). La descentralización se consolidó en 1990 con la transferencia de los últimos 19 hospitales nacionales a las provincias, dispuestos por la Ley 24.061/92. Las estrategias de descentralización en esta etapa fueron dos: las ya conocidas transferencias a las provincias y lo novedoso fue la creación del “Hospital Público de Autogestión” por Decreto 578/93 (Repetto *et al*, 2001; Belmartino, 2005), entre otros. Cabe destacar que la ley de transferencia mencionada no especificó el rol del Estado Nacional en esta área, de acuerdo a Repetto, *et al* (2001), hubo que remitirse al “Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud”, suscripto entre el Ministro de Salud y Acción Social de la Nación (MSAS) y sus homólogos provinciales en el marco de COFESA (Consejo Federal de Salud) creado en 1981 (gobierno de facto), con la finalidad de articular los diferentes niveles de la salud pública y establecía la injerencia y coordinación del Estado Nacional. Sin embargo, luego de un cambio de autoridades, tanto nacionales como provinciales, se modificaron estas facultades del gobierno nacional otorgando mayor autonomía a las provincias (y algunos municipios), fortaleciendo la federalización y descentralización a los gobiernos provinciales (Repetto *et al* 2001). No obstante, estas funciones del nivel nacional, según el mismo autor, en la práctica no se concretaron debido al bajo porcentaje de gasto público que manejaba este nivel. Esto se demuestra, al analizar la evolución gasto público consolidado en salud en los años 1980-1997, donde desde 1980 más de los dos tercios correspondían a las erogaciones de los gobiernos provinciales (Repetto *et al* 2001).

La cobertura geográfica es amplia, sobre todo en zonas no rentables para los otros subsectores. En 1997 (post reforma del Estado) se estimó que más un tercio de la población sólo accedía a los servicios de salud pública, y si se considera a los hogares del quintil más pobre esto ascendió a los dos tercios. Importa señalar que en esta etapa se produjeron despidos masivos del sector público y privado, debido al ajuste fiscal en el primero y a la apertura del comercio exterior en el segundo, lo que implicó que vastos sectores de la población perdieran su acceso al seguro social (mediante el trabajo) y tuvieran que atenderse en el subsector público, produciendo una sobrecarga que no siempre estuvo acompañada de un aumento de los recursos por parte de los

estados subnacionales, quienes generalmente están sujetos a crisis de las economías regionales y a su dependencia de la coparticipación federal como fuente principal de recursos, con lo cual la política de salud depende de cada jurisdicción, produciendo y/o fortaleciendo la gran heterogeneidad preexistente de las mismas (Repetto *et al* 2001).

ANEXO 2.2.

DOCUMENTO DE TRABAJO: INDICADORES DE SALUD PROVINCIA DE SAN LUIS.

Este Documento de Trabajo ha sido elaborado a partir de datos secundarios y constituye uno de los insumos de la investigación realizada para la tesis ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PERSPECTIVA DE LOS STREET LEVEL BUREAUCRATS. El documento realiza un análisis descriptivo de la evolución de los principales indicadores de salud en la provincia.

2.1. Algunos indicadores de salud

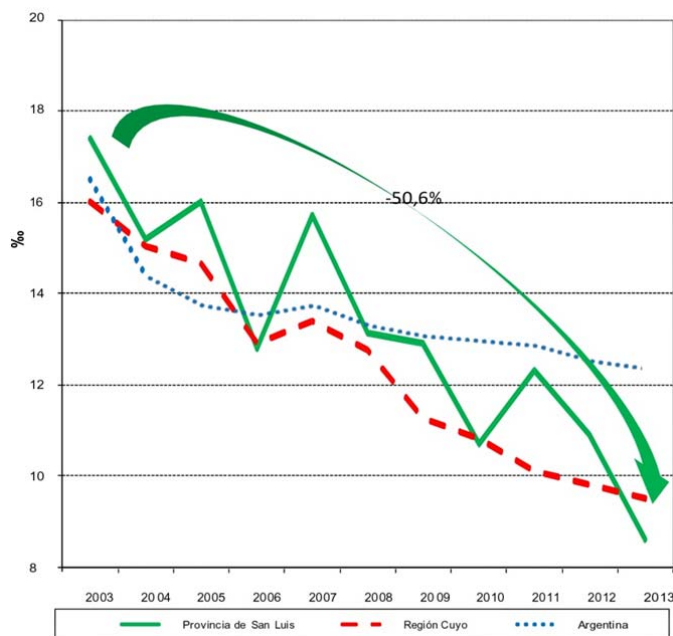
La estrategia de Atención Primaria de la Salud requiere -como se ha expresado- contemplar como mínimo acciones tendientes a la educación sobre problemas de salud, prevención y formas de combatir enfermedades, promoción de nutrición adecuada, suministro de alimentos en los casos necesarios, brindar redes de agua potable (saneamiento básico), asistencia materno infantil, erradicación y control de enfermedades endémicas, inmunización de enfermedades transmisibles y suministro de medicamentos esenciales, como mínimo.

En base a estos aspectos se han seleccionado algunos indicadores de salud de la provincia, que muestren en el período considerado, cuál era la situación de la

población de la provincia.

Una primera aproximación revela, según datos oficiales, que la tasa de mortalidad infantil ha disminuido de más del 17% en 2003 al 8,6% en 2013.

Gráfico N° 2.2.1 Evolución de la tasa de mortalidad infantil (en ‰)



Fuente: DINREP (2013)

Puede observarse las grandes oscilaciones¹ en la Tasa de mortalidad infantil. El año 2011 presenta un aumento de la tasa de 11%, no obstante, la tendencia en general es descendente en la provincia. También son importantes las tasas de Mortalidad Neonatal y Posneonatal² que para el año 2011 eran de 8,4‰ y 2,6 ‰ nacidos vivos, respectivamente. Según el Informe de Salud de la Provincia (2011), la primera se redujo desde el año 2000 y hasta el año 2011 en un 21,4% y la TM Posneonatal disminuyó en un 44,6% en el mismo período. Tal como se menciona en el

¹ La razón podría encontrarse en las variaciones de las asignaciones de gasto en salud, como en otras funciones que se producen en la provincia, como se intenta mostrar en Capítulo 2.

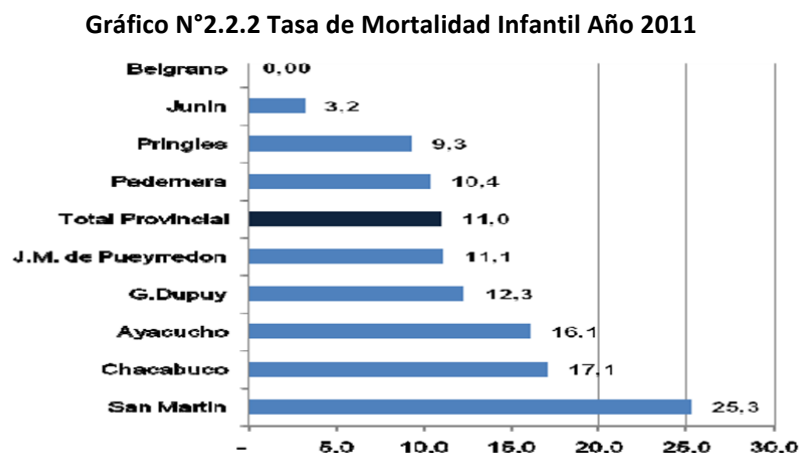
² Mortalidad Infantil: comprende la mortalidad de menores de 1 año

Mortalidad Neonatal: comprende la mortalidad que ocurre durante el primer mes de vida (desde el nacimiento hasta antes de cumplir los 28 días).

Mortalidad Posneonatal: comprende la mortalidad que ocurre desde el segundo mes de vida hasta cumplir el año (desde los 28 días hasta el primer año de vida).

mismo informe el mayor porcentaje fue en esta última tasa, siendo más “fácil de controlar mediante medidas preventivas de corto plazo como programas de vacunación, mejoramiento del saneamiento ambiental, etc,” (Informe de Salud, 2011, Gobierno de San Luis), es decir todas reducibles con Atención Primaria de la Salud. Otro dato importante es el lugar donde ocurrieron las muertes infantiles, el mismo informe registra un promedio de **59,7% en establecimientos estatales**, el 32,0% en establecimientos privados y en domicilios particulares un 6,8% (Informe de Salud, 2011).

También importa destacar cómo se distribuye la Tasa de Mortalidad Infantil por Departamento en la Provincia al año 2011 y se refleja en el siguiente gráfico:

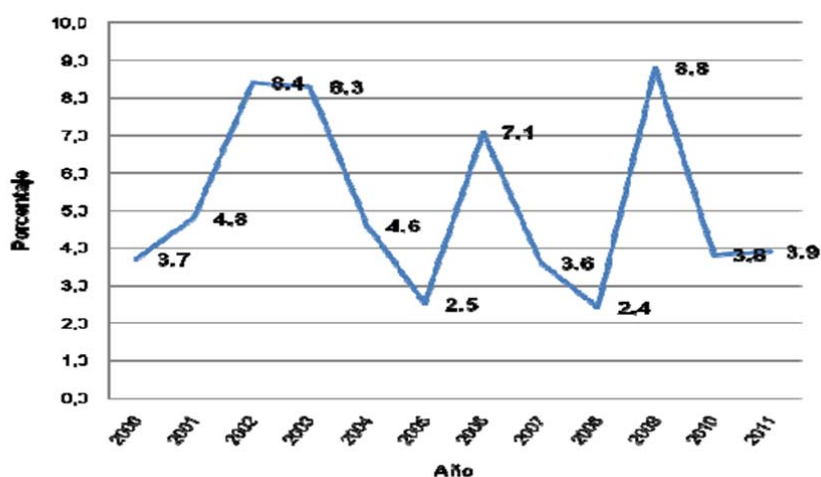


Fuente: Informe de Salud, 2011, Dirección Provincial de Estadísticas y Censos, Gobierno de San Luis

Aquí puede observarse cómo varían los valores, siendo el más alto el Departamento San Martín con una Tasa MI de 25,3 ‰, Chacabuco con 17,1‰, Ayacucho 16,1 ‰, Dupuy 12,3 ‰, con un total provincial de 11‰. Esto indica claramente ciertas falencias en la implementación de la APS en el interior de la Provincia, sobre todo en Departamentos con menor cantidad de población, donde parecería no llegar bien la atención médica, al menos hasta la fecha del informe.

Otro indicador importante es la Tasa de Mortalidad Materna, que entre el año 2000 y 2011 mostró los valores de acuerdo siguiente gráfico:

Gráfico N°2.2.3 Tasa de Mortalidad Materna Años 2000-2011

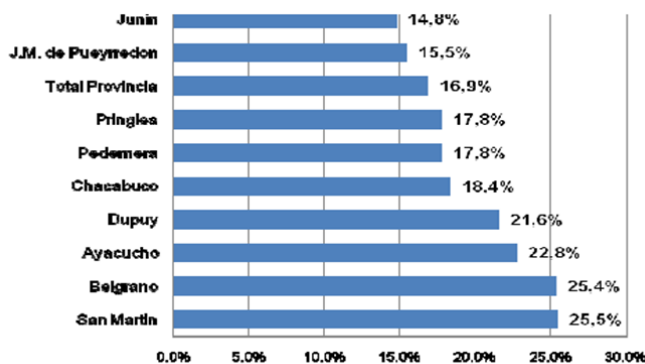


Fuente: Informe de Salud (2011) Dirección Provincial de Estadísticas y Censos, Gobierno de San Luis

La Tasa de Mortalidad Materna, también atribuible a causas evitables a través de APS, presenta un comportamiento fluctuante como en las demás tasas, con picos en 2002, 2003, 2006 y 2009, con fuerte descenso a partir de 2010.

Es notable el alto porcentaje de madres menores de 20 años, para el año 2011 en el gráfico siguiente se muestran las proporciones según Departamentos de la Provincia:

Gráfico N°2.2.4 Madres menores de 20 años por Departamento en %



Fuente: Informe de Salud (2011) Dirección Provincial de Estadísticas y Censos, Gobierno de San Luis

Puede observarse hasta aquí que los Departamentos más desprotegidos en salud y prevención son también los Departamentos San Martín, Belgrano y Ayacucho.

Por otra parte, sólo un 17% de madres menores de 20 años ha completado sus estudios secundarios, de las madres de 18 a 19 años sólo el 2,1% alcanzó el nivel superior (Terciario y Universitario), el 66,5 % del total no ha logrado terminar el nivel secundario lo cual confirma que las madres adolescentes que tienen un hijo interrumpen su educación definitivamente lo que demuestra también la falta de apoyo a su situación. Del total de la provincia, sólo el 1,2% están unidas o casadas (Informe de Salud, 2011)

Para completar el panorama de salud de la provincia, específicamente para problemas y enfermedades prevenibles, se toman algunas de notificación obligatoria, como la Tasa de Sífilis Congénita que en 2011 registra un 9,6% con tendencia descendente, aunque es un indicador negativo debido a su bajo costo de prevención. Otro muy importante es la Tasa de Chagas Congénito para el período 2006-2011 muestra una tendencia ascendente, siendo prevenible en una zona endémica como San Luis.

Finalmente, la Tuberculosis (TBC) en todas sus formas mostró para el período 2006-2011 una tendencia descendente, en 2011 (un 8,8 x 100.000 hab.) siendo una enfermedad casi erradicada en el resto del país. La tasa de notificación de VIH/SIDA mostró una tendencia en aumento, para 2011, un 12,8 x 100.000 hab. siendo un 8,10 x 100.000 hab. en 2010 (Informe de Salud, 2011).

2.2. Desigualdad socio-sanitaria en San Luis

Como se ha visto en el apartado anterior los indicadores de salud más importantes que pueden medir la efectividad de la APS aplicada en la provincia, muestran grandes desigualdades si se analizan por Departamento, los cuales reproducen la asimetría que muestra la distribución de la población en la provincia. Tal como se puede observar en el Mapa N°1 (ver Cap. 2), existen Centros de Atención de la Salud en casi todo el territorio provincial, de acuerdo a la información obtenida³, no obstante, se constató que en los “parajes” y pueblitos alejados de los centros más poblados, no hay médicos estables. Se cuenta con la asistencia de los médicos de los Hospitales o Centros más cercanos, cada 15 o 30 días -según la entrevistada- o la

³ Entrevista a la Jefa Administrativa del Programa Medicina de Interior, realizada en diciembre de 2015.

conurrencia del camión sanitario de la provincia, el que está equipado para la atención primaria. No obstante, se carecía de un cronograma de visitas que pudiera asegurar la frecuencia de la atención médica.

De esta manera es posible identificar zonas de gran vulnerabilidad sanitaria, como son los Departamentos General San Martín, Belgrano (muy baja población), Ayacucho, Coronel Pringles y Gobernador Vicente Dupuy, donde se dan los más altos índices de mortalidad materna, en general madres menores de 20 años y posiblemente sea también mayor la mortalidad infantil, pero no se cuenta con los datos de este indicador por Departamento. Esto permite deducir que la APS no se ha aplicado completamente en esa zona, lo que se traduce en falta de personal médico-asistencial en tiempo y forma para prevenir muertes evitables; como así también la falta de educación para la salud, tarea que también corresponde a APS.

ANEXO 2.3

DOCUMENTO DE TRABAJO: PATRIMONIALISMO EN SAN LUIS Y GASTO PÚBLICO SOCIAL

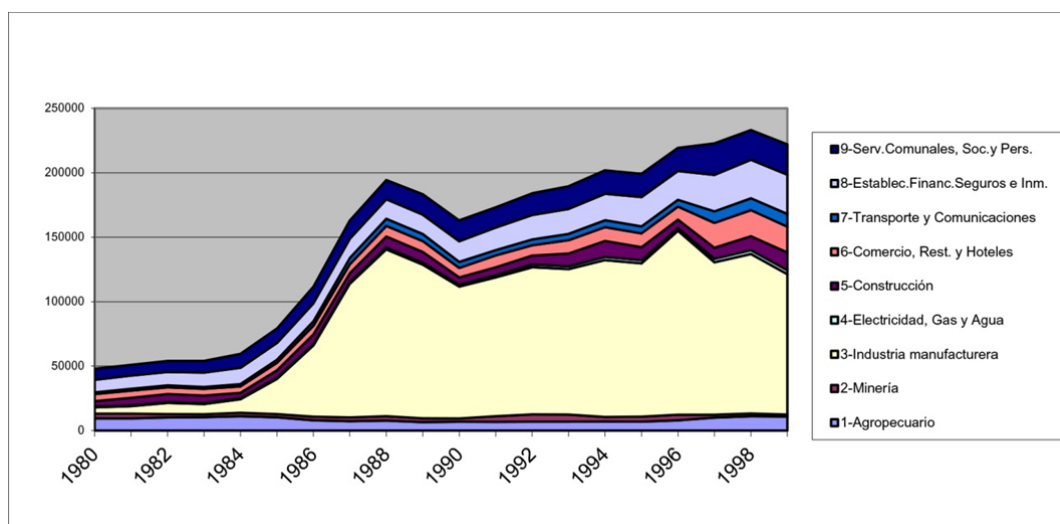
Este Documento de Trabajo ha sido elaborado a partir de datos secundarios y constituye uno de los insumos del trabajo de investigación realizado para la tesis ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PERSPECTIVA DE LOS STREET LEVEL BUREAUCRATS. El documento realiza un análisis contextual de las diferentes etapas del periodo 1983-2011 mostrando el desarrollo del régimen político de San Luis y subrayando el comportamiento del gasto público como principal evidencia de un estilo concreto de dominación: el patrimonial.

2.3.1. Primera Etapa: Auge y desarrollo del patrimonialismo (1983-2000)

En el caso de San Luis es muy importante destacar el papel de la Ley de Promoción Industrial sancionada en 1982 (finales del gobierno militar) que extendió los beneficios a las provincias de Catamarca y San Luis que ya habían sido otorgados a la provincia de La Rioja. Esta ley incorporaba cambios con respecto a las anteriores leyes, en dos aspectos: a) instituía como autoridad de aplicación a los gobiernos provinciales y b) eximía a las industrias radicadas (y a sus proveedores) del pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA) por 15 años (Páez, 2004). Estas leyes tenían como objetivo final elevar el nivel de desarrollo relativo de las provincias más pobres del país.

En este período es posible verificar el crecimiento de todos los sectores de la economía provincial en el siguiente Gráfico, que muestra la estructura y magnitud del mismo entre 1980 y 1999:

Gráfico N°2.3.1. PBG por grandes divisiones - San Luis y El Chorrillo¹



Fuente: Páez, (2004:26)

Como puede observarse, la Provincia experimenta cambios que rompen con los procesos históricos de pobreza y falta de empleo y marcan el paso de una sociedad preindustrial a otra de tipo industrializada (Becerra y otros, 1998).

Estos cambios fueron acompañados por el acatamiento a las políticas nacionales relativas a la reforma neoliberal del Estado, como por ejemplo las privatizaciones del Banco de la Provincia, Empresa de Distribución de Electricidad, etc., sumado a un manejo eficiente de las finanzas provinciales, ajustados a la impronta de la época. Paradójicamente, a la vez se ejecutan grandes obras públicas para mejorar la infraestructura económica y social (Elorza, 2001) de la provincia, de tipo desarrollista, basado en la fuerte intervención del Estado Provincial, a contramano de lo que ocurría a nivel nacional, lo cual constituye una característica particular importante del régimen político.

¹ La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) se releva en poblaciones de más de 100.000 habitantes, a ese momento, por lo sólo se considera la ciudad capital. Es decir que toda la provincia está representada por el aglomerado San Luis y El Chorrillo que corresponde apenas al 39,5% de la población a diferencia otras provincias vecinas, donde el porcentaje el más representativo (Olguín, et al, 2001).

La acelerada transformación económica de la Provincia tuvo su correlato en el crecimiento poblacional y el empleo, constituyendo un polo de desarrollo. La provincia revierte así su perfil histórico, pasó de ser expulsora de habitantes a receptora de los mismos, atraídos por la oferta de trabajo producida por la radicación industrial.

El proceso de industrialización fue acompañado por un vasto plan de obras públicas, que incluyó como parte muy importante, la construcción de viviendas sociales, de fácil acceso, lo que constituyó una de las políticas sociales más importantes del período y aportó mayor legitimidad al gobierno provincial (Rouquaud, 2012). Podría indicarse como otra característica particular del gobierno provincial.

Sin embargo, este explosivo crecimiento no se pudo sustentar en el tiempo ni tampoco supuso una disminución de las desigualdades en la distribución primaria de la riqueza que generó. Al analizar el impacto económico sobre las condiciones de vida de la población se verifica que la distribución del ingreso no fue equitativa, presentando al año 2000 la **peor desigualdad de ingresos** de toda la década: el 10% más rico de la población ganaba **26,4 veces** más que el 10% más pobre. En el año 1999 esa brecha era de **17,7 veces** y en 1992 de aproximadamente **11 veces**, de esta manera el 10% más rico de la población de la provincia de San Luis recibió, a octubre de 2000, el 34,1% de los ingresos y el 10% más pobre apenas el 1,3% de los ingresos totales. Y si se considera a una franja más amplia, surge que el 20% más rico se quedó con el 50% y el 20% más pobre sólo con el 4%" (Páez, *et al* 2002).

En relación con los niveles de empleo y subempleo del período, el primero se mantuvo al mismo nivel del país, el segundo, mientras a nivel nacional se mantuvo estable, en San Luis creció a un ritmo nueve veces mayor. Esto demuestra que la situación laboral en la provincia se deterioró más rápidamente la nacional (Páez, *et al*, 2002).

En síntesis, el proceso de radicación industrial, si bien produjo acelerados cambios en la estructura económica de la Provincia, al término de los beneficios de las leyes de promoción, la mayor parte de las empresas radicadas cerraba sus puertas, - también influenciados por los vaivenes de la economía nacional- por lo que el proceso no se pudo sustentar en el tiempo, produciendo mayores niveles de desocupación y empobrecimiento.

La innegable la transformación económica tuvo su correlato en lo social a través

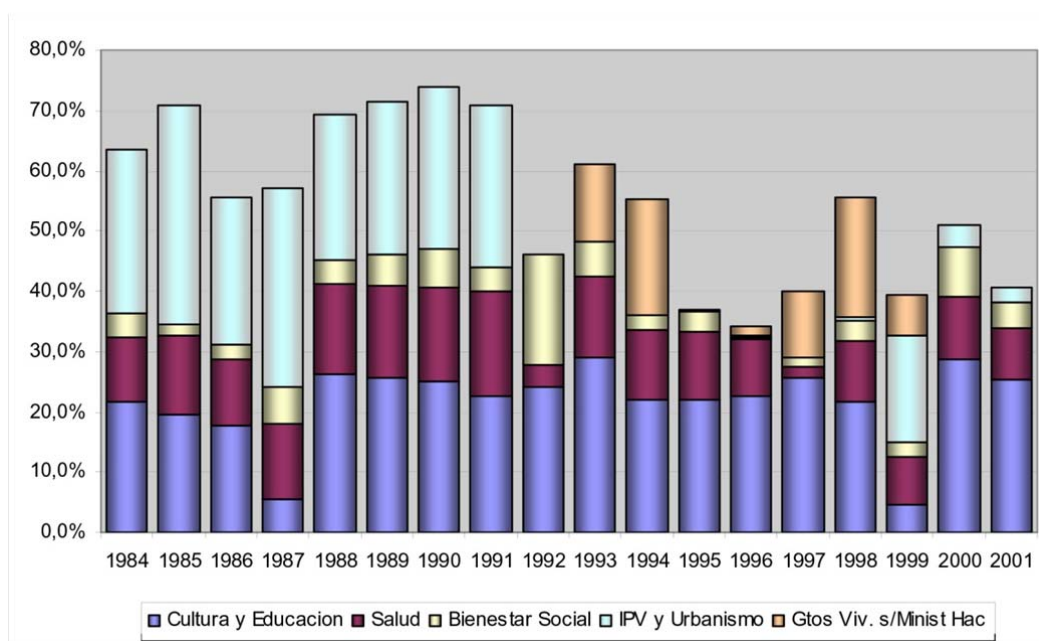
de la construcción de viviendas sociales, que alcanzaron en el período aproximadamente 38.000 viviendas (Rouquaud, 2008). A la vez que se construyeron grandes obras públicas, monumentos fastuosos, (propio de estos regímenes) esto implica que el proceso fue acompañado por fuerte intervención del Estado provincial (infraestructura energética, obras hídricas, caminos y rutas) lo que contribuyó a la gobernabilidad del sistema social (Vilchez, 2017; Flores, *et al* 2012). En relación a los otros gastos sociales, durante la década del '90, según afirman Páez *et al* (2007) no había preocupación por la cuestión social, quizás porque se entendía que el mercado, a través del pleno empleo y acceso a la seguridad social, resolvería los problemas o porque se confiaba que los beneficios promocionales del momento, que posibilitaban empleo formal ("en blanco"), mantendrían la equidad social. Sin embargo, la falta de sustentabilidad del proceso produjo una etapa de retroversión del empleo y demás indicadores sociales.

Gasto Público Social en el período

En trabajos anteriores² se investigó sobre el Gasto Público Social y su composición interna, donde se pueden observar las prioridades del destino del gasto, realizado en base a datos consignados por el Poder Ejecutivo Provincial en las Cuentas de Inversión presentadas a la Legislatura, correspondientes a los gastos ejecutados anualmente desde 1984 a 2001:

² Rouquaud, 2008-2012

Gráfico N° 2.3.2. Composición interna del GPS del período



Fuente: Rouquaud, (2008-2012)

Puede observarse que los datos presentan una importante variabilidad y del análisis documental se pueden extraer algunas observaciones: a) Los gastos de las áreas de gobierno, en las que los sueldos absorben el mayor porcentaje, por ejemplo en Salud, existe una mayor variabilidad, aunque menor en Educación³; b) el origen de algunas variaciones importantes puede estar en la reasignación de fondos - característica esencial del régimen- como las registradas en 1987, 1997 y 1999; c) en Bienestar Social y Salud, durante parte de la serie analizada, los datos se consignaban en conjunto con los correspondientes a Acción Social, luego se crea el Ministerio de Salud y posteriormente a partir de 1999, se implementa un presupuesto por programas que incluye un mayor nivel de desagregación (en todas las áreas). Concretamente, los cambios constantes en las estructuras formales dificultan el seguimiento de la ejecución de los gastos. Además, se observó que un alto porcentaje del gasto se encuentra sub ejecutado, lo que podría considerarse un indicador de ineficiencia en el manejo presupuestario, sin embargo, el contexto de los '90 permitió que se mostrara la existencia de superávit y de economías

³ La Constitución provincial reformada establece que los gastos de educación deben ser del 25% del presupuesto, sería necesario investigar la composición de los mismos.

presupuestarias⁴ como características de una gestión exitosa frente al resto del país.

Tal como se ha afirmado, las políticas patrimonialistas exigen un estricto control de los recursos, lo que se tradujo en una amplia discrecionalidad en el manejo presupuestario por medio del otorgamiento de partidas fijas para gastos corrientes y reasignaciones de fondos, sin intervención de otros poderes del Estado. En consecuencia, se produce un alto grado de incertidumbre en todo el ámbito público respecto de los fondos con los que se podría contar para cubrir los requerimientos de gastos e inversiones. Otra característica de este tipo de régimen político.

En San Luis, a partir de 1984, esta discrecionalidad se encuentra formalizada en las leyes de presupuesto⁵, en un artículo que se repite en todos. Esto permite obviar los principios presupuestarios y tiende a desvirtuar los debidos controles legislativos, (*accountability* horizontal); viabilizado por las mayorías absolutas propias en el poder legislativo.

2.3.2. Segunda Etapa: Crisis y decadencia (2001-2011)

En el año 2003 asume el gobierno de la provincia Alberto Rodríguez Saa⁶ hermano de Adolfo y Ex Senador de la Provincia, por dos períodos consecutivos.⁷ En ese contexto de crisis⁸ el nuevo gobernador prometía "revalorizar la cultura del trabajo", programó la reagrupación de ministerios, para dejar un organigrama de solo cuatro carteras, y proponía lanzar un programa de promoción de la industria local "Compre San Luis" y otro laboral para desempleados⁹.

La crisis nacional impactó a todas las provincias y San Luis no fue la excepción. Sin embargo, en la provincia el retroceso y posterior decadencia comienza mucho antes, revirtiendo los cambios alcanzados. Por ejemplo, según Páez (2007), a partir de

⁴ En el seguimiento año a año de los documentos de las Cuentas de Inversión presentadas a la Legislatura Provincial, no pudo constatar la existencia y/o reasignación de estos fondos presupuestarios.

⁵ "Art. 11. El PE. podrá disponer las reestructuraciones que considere necesarias, incluido cambio de finalidades, función, jurisdicción e inciso, dentro de la suma total fijada por el Art. 1 de la ley para las erogaciones figurativas..." (Leyes de Presupuestos Provinciales).

⁶ En un cuestionado proceso político, luego de la renuncia anticipada de A. Lemme al gobierno provincial e inmediato llamado a elecciones provinciales.

⁷ Cabe aclarar que en 2015 asume su tercer mandato hasta 2019.

⁸ La crisis nacional de 2001 abarcó aspectos económico-financieros, fiscales, sociales y de legitimación, que afectó a la sociedad argentina y provocó un quiebre institucional. Se sucedieron en el gobierno varios presidentes, entre ellos Adolfo Rodríguez Saa, cuyo mandato duró 7 días.

⁹ Diario Los Andes, Mendoza, 25 de mayo de 2003. <http://www.losandes.com.ar/noticia/politica-72780>

1991 se verifica una importante caída, y, consecuentemente, un aumento de los ocupados en el sector terciario de la economía. A mediados de la década de 2000, el sector secundario de la economía apenas daba cuenta de un 15% de la ocupación, frente a un 82,5% del sector terciario. Esto implicó un fuerte cambio en la estructura del PBG.

En 2003 el impacto de la crisis nacional sumado al proceso de desindustrialización que venía sufriendo la provincia produjo el aumento sostenido de la tasa de desocupación, que en 1993 era del 7,2% pasó en 2003 al 15,6%. Si a ello se suma la tasa de subocupación¹⁰ a esa fecha (18,8%), se obtiene un 34,4% de la Población Económicamente Activa (PEA), lo que demuestra el grado de deterioro del mercado laboral (Vilchez, 2017), punto sobre el cual se había sostenido el progreso de la provincia.

La crisis provincial que afectaba tanto lo económico como lo social llevó al gobierno a declarar el mismo año el “Estado de Emergencia Social” y si bien existían planes sociales de empleo (nacionales y provinciales) se crea al Plan de Inclusión Social “Trabajo por San Luis” (Páez et al, 2017). La puesta en marcha de este plan produjo cambios “sustanciales en la estructura del Gasto Público Social (GPS), que hasta entonces estaba conformado por la Obra Pública. De esta manera y en virtud de las facultades conferidas por las normativas provinciales¹¹, el Poder Ejecutivo modificó (Decreto 71/03) las asignaciones de fondos transfiriendo casi todos los fondos de Obra Pública al financiamiento del Plan de Inclusión Social (Páez et al, 2010). Lo cual se convirtió en la política más importante de ese período. Esto implicó la suspensión de las Obras Públicas, de la construcción de viviendas, etc.

El Plan fue exitoso ya que estaba dirigido a todos los habitantes de la provincia mayores de 18 años hasta más de 70 años, incluyendo personas discapacitadas, de tal manera que para financiarlo en el año 2004 se asignó en el presupuesto al Plan de Inclusión el 45% del total del Gasto Público Social, por encima del gasto destinado a Educación Pública, Salud y otras áreas de Bienestar Social, privilegiando la asistencia a los desocupados por encima de estas funciones (Páez et al, 2010). En palabras de Páez

¹⁰ Son las personas que trabajan menos de 35 horas semanales involuntariamente, pero desean trabajar más (INDEC)

¹¹ Estas disposiciones se insertan en el marco de total discrecionalidad en la asignación de fondos, a la que se agrega la Ley N° VIII-0253-2004, entre otras (Páez et al 2010).

et al, (2017), en “2005, la cantidad de beneficiarios de planes sociales en la provincia San Luis superaba ampliamente a la cobertura que se registraba en el resto de las provincias de la Argentina”. Así también afirman que los planes nacionales y provinciales cubrían el 24,12 % de la población mayor de 18 años de la provincia (Páez, 2017).

Las mismas autoras aseguran que esta cobertura tuvo un impacto directo sobre el mercado laboral en razón que los beneficiarios se consideraban ocupados¹², de tal manera que el índice de desocupación bajó al 1,2% para el aglomerado San Luis y El Chorrillo para la medición del segundo semestre de 2004, que sin considerar los planes llegaba al 21,4%.

Como síntesis, en estos dos períodos de gobierno, y por diferentes causas, puede observarse que en ambos se relegaron las inversiones sustantivas (o gastos) en Salud y Educación.

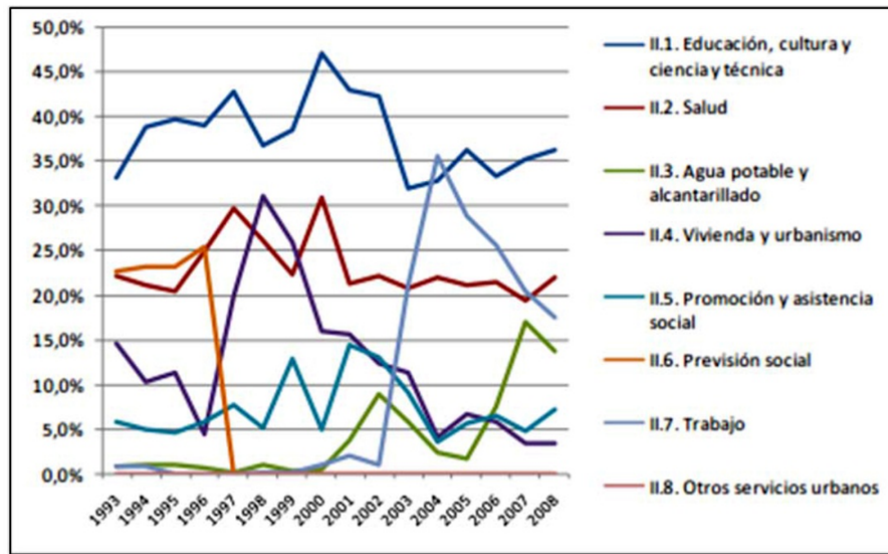
Gasto Público Social de la etapa

Entre las características del régimen político puntano¹³ se ha resaltado entre muchas otras la alta discrecionalidad en el gasto público, especialmente el social, con datos de los presupuestos de la serie, se puede observar el comportamiento del mismo, en el siguiente gráfico:

¹² Sobre este tema se han realizado varios trabajos de investigación que explican las modalidades de aplicación de este plan y cómo se instaló en los beneficiarios que era un trabajo y no un plan asistencial, por ejemplo: Vilchez, (2017), Gutiérrez (2016) entre otros.

¹³ El nombre obedece al accidente geográfico con que los fundadores españoles identificaron la región de San Luis: "La Punta de los Venados", denominándose "puntano" al nativo de la misma.

Gráfico N°2.3.3 Gasto Público Social San Luis 1993-2008



Fuente: Páez *et al* (2010:6)

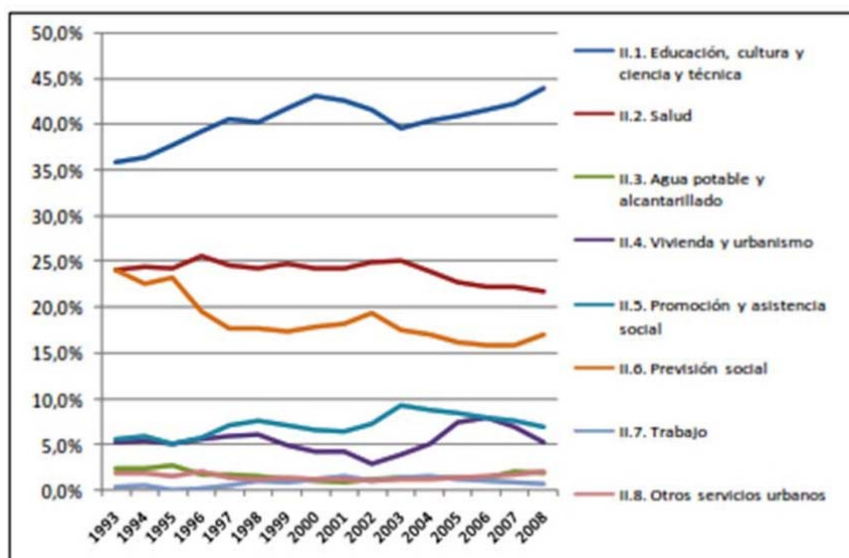
Puede observarse las marcadas variaciones año a año -producto de la alta discrecionalidad- específicamente el ítem salud baja en 1998 3,5%, en tanto Vivienda y Urbanismo tiene la mayor participación en el mismo año que asciende a 31,1%¹⁴, el más alto de la serie¹⁵. A su vez se destaca el gran “salto” presupuestario para el año 2003 en el ítem Trabajo, debido a la implementación del Plan de Inclusión mencionado y su posterior disminución. En el área de Salud, las variaciones son muy altas en los primeros años de la serie disminuyendo a partir de 2001 y con menor variabilidad. ¿Será ésta la causa de los vaivenes en los indicadores de salud, tal como se puede apreciar en el Anexo 2.2?

A su vez, Páez *et al* (2010) comparan para el mismo período con el comportamiento del Gasto Público Social Nacional, donde muestra cierta regularidad en la asignación presupuestaria, lo cual permite planificar y dar continuidad a las políticas públicas, siendo el caso inverso la provincia de San Luis:

¹⁴ El año mencionado es anterior a un año eleccionario que explica en este caso la alta variación. Este tema está desarrollado y demostrado en Rouquaud (2012)

¹⁵ Corresponde a la primera etapa de gobierno mencionada.

Gráfico N°2.3.4 Gasto Público Social total de gobiernos provinciales y CABA¹⁶ 1993-2008



Fuente: Páez et al (2010:5)

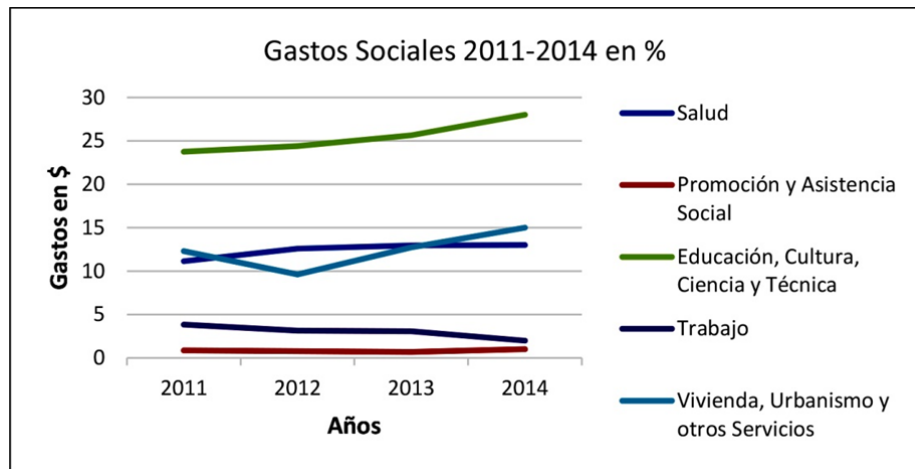
Puede observarse comparativamente, la regularidad en la asignación de partidas que dan cierta normalidad y previsibilidad a los gastos e inversiones sociales. Quedando demostrado la arbitrariedad y alta discrecionalidad en la asignación presupuestaria, como se ha sostenido, hecho que otorga la mayor particularidad a este tipo de régimen de la provincia.

2.3.3. Período de aplicación del estudio (2011 a 2015)

En este período fue el único que no gobernaron los hermanos Rodríguez Saa, quienes eligieron un “delfín” de sus propios cuadros políticos, contenidos en el Partido Justicialista (Peronismo) Provincial, donde mantienen el poder los hermanos Rodríguez Saa. El gobernador electo cambia las prioridades presupuestarias de las políticas, y el comportamiento del gasto público se modifica sustancialmente de acuerdo al siguiente gráfico:

¹⁶ La sigla significa Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico N° 2.3.5 Gasto Público Social San Luis Período 2011- 2014

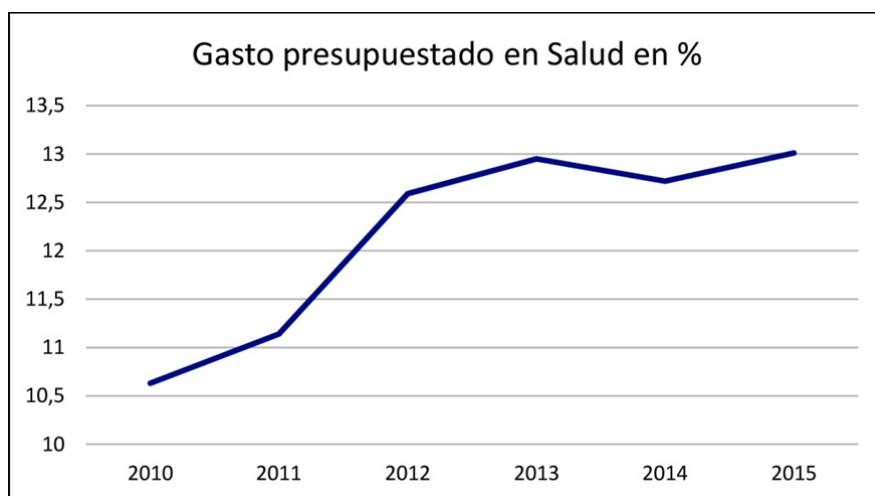


Fuente: Elaboración propia en base a los presupuestos oficiales

Si se compara con el Gráfico 2.3.3, puede observarse la diferencia de comportamiento del gasto en el período estudiado, donde existe cierta normalidad y previsibilidad en la asignación presupuestaria, donde se ha priorizado en primer lugar la inversión en Educación y en segundo lugar la inversión en Salud, lo que evidencia la decisión gubernamental de superar los “baches” o falencias de los períodos anteriores.

Si se focaliza solamente en el gasto en Salud, puede afirmarse que durante el período analizado ha habido un aumento sostenido del mismo, como puede observarse en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 2.3.6 Evolución del Gasto Público en Salud Provincia de San Luis. 2010-2015

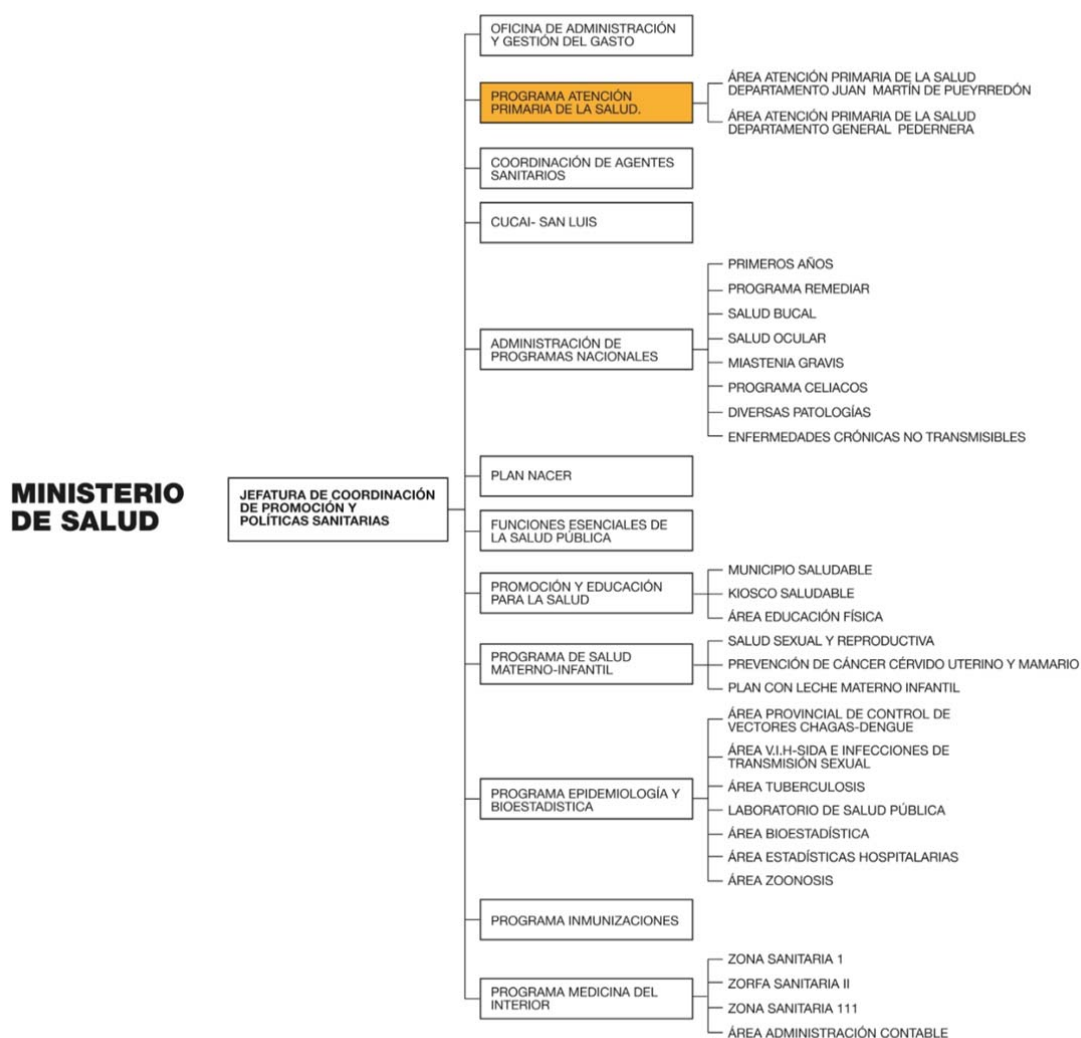


Fuente: elaboración propia en base a Presupuestos de la Provincia de San Luis

Puede observarse que el punto de partida es el año 2010 -periodo de gobierno anterior- y a partir del año 2011 se muestra claramente la diferencia con los períodos anteriores, en tanto marca una tendencia al aumento (excepto el año 2014) de la inversión en salud, además de la intención política de superar las falencias reconocidas en el sector. No obstante, el aumento sólo alcanzó 13% del Gasto Público Provincial, equivalente a la media nacional (Repetto y Dal Masetto, 2012).

ANEXO 2.4.

ORGANIGRAMA JEFATURA DE COORDINACIÓN Y PROMOCIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS



Fuente: Elaboración propia en base a Decreto N° 21/2011 – Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de la Provincia de San Luis

ANEXO 3.1.

CUESTIONARIO: *Street Level Bureaucracy*

Estimado miembro del personal médico de Atención Primaria de la Salud de la Provincia de San Luis:

Gracias por participar en este estudio sobre las prácticas en la asistencia del primer nivel de salud al que acceden los ciudadanos, Este estudio pretende analizar la implementación de la política de salud en la provincia, específicamente del sector de Atención Primaria de la Salud. La encuesta pregunta acerca de algunos aspectos de su trabajo y de la forma de organizarse en su lugar de trabajo, se tarda unos 15-20 minutos para completar y su colaboración es muy apreciada. Está organizada por el Proyecto “Análisis de Políticas Públicas” de la UNSL.

Le agradecemos su cooperación en la realización de la encuesta. Sus respuestas son anónimas. Usted no tiene que poner su nombre o información de identificación en ninguna parte de este cuestionario y sus respuestas serán confidenciales.

No hay respuestas correctas o incorrectas a nuestras preguntas. Sólo queremos sus juicios reflexivos y sinceros sobre su trabajo. Sus opiniones y percepciones son muy útiles para nuestro estudio. Esperamos que les resulte interesante.

Carga de trabajo diaria

P.01. ¿Me puede decir cuántas personas atiende aproximadamente por día de entre los siguientes valores?

5-10	10-20	20-30	30-40	Más	No contesta
1	2	3	4	5	99

P.02 ¿Cuál es el tiempo promedio que dedica a cada paciente?

5´	10´	15´	20´	Más	No contesta
1	2	3	4	5	99

P.03. Mediante cuál de las siguientes modalidades Ud. Ingresó al sistema de salud provincial?

- _____ 1. Concurso abierto
- _____ 2. Contrato
- _____ 3. Designación directa (en este caso, indique las posibles causas):

3.3.a.Necesidad urgente	3.3.b. Amistad con el Jefe de Servicio/ Coordinador/a	3.3.c. Un conocido	3.3.d. El propio ministro	3.3.e. Otras
1	2	3	4	5

P.04. Dígame por favor, qué cantidad de horas/semana debe trabajar de acuerdo a su contrato, designación o cargo concursado?

Le preguntaremos ahora por los objetivos de la política de Atención Primaria de la Salud de la Provincia

P.05. Conoce los objetivos de la política de Atención Primaria de la Salud de la Provincia? Indique Respuesta

- _____ 1. SI _____ 0. NO

(Si responde Si, Pasar a P.05.1)

P.05.1. ¿Cómo considera que están expresados?

Nada Claros	Poco claros	Claros	Muy claros	No expresados pero conocidos	No contesta
1	2	3	4	5	99

P.05.2. ¿Qué importancia tienen en su Área de Servicio, cada uno de los siguientes objetivos de Atención Primaria de la Salud?

	Ninguno	Poco	Algo	Bastante	Mucho	No Contesta
P.05.2.a. Mejorar la Atención Primaria de la Salud en la Provincia	1	2	3	4	5	99
P.05.2.b. Trabajar en forma interdisciplinaria, conformando redes de acción	1	2	3	4	5	99
P.05.2.c. Promover y estimular comportamiento saludables en la población	1	2	3	4	5	99
P.05.2.d. Posibilitar la accesibilidad de los servicios de salud a toda la población en calidad y cantidad requerida	1	2	3	4	5	99
P.05.2.e. Prestación del servicio de salud con equidad, eficacia y eficiencia	1	2	3	4	5	99
P.05.2.f. Facilitar la conformación de un sistema integrado de salud provincial	1	2	3	4	5	99
P.05.2.g. Coordinar acciones de atención de la salud con el nivel nacional	1	2	3	4	5	99
P.05.2.h. Reducir la desnutrición infantil y la tasa de mortalidad infantil	1	2	3	4	5	99
P.05.2.i. Promover y preservar la salud y disminuir la mortalidad materna	1	2	3	4	5	99
P.05.2.j. Realizar actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, adicciones y otros	1	2	3	4	5	99
P.05.2.k. Articular acciones con los distintos programas y áreas de servicio que permitan el desarrollo de las políticas de salud.	1	2	3	4	5	99
P.05.2.l. Otros:	1	2	3	4	5	99

P.05.3. ¿De todos los objetivos anteriores, cuál piensa usted que es el más importante para su Área de Servicio? Indique el código: _____

P.05.4. ¿Cuál piensa usted que es el objetivo más importante para el gobierno provincial? Indique el código: _____

P.05.5. ¿Cuál de ellos es más importante para usted en su puesto actual? Indique el código: _____

COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS; REGLAS DE COORDINACIÓN, JERARQUÍAS

P.06. Durante los últimos tres años, ¿cuán a menudo se ha reunido su Jefe de Servicio con Ud. para tratar los objetivos de la política de salud provincial?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A Menudo	Siempre	No sabe	No contesta
1	2	3	4	5	88	99

P.07. ¿Podría indicar en qué medida su Área de Servicio se encuentra organizada para dirigirse hacia los objetivos de Atención Primaria de la Salud?

No está organizada	Poco Organizada	Algo Organizada	Bastante organizada	Muy Organizada	No sabe	No contesta
1	2	3	4	5	88	99

P.08. ¿Su Jefe de Servicio organiza reuniones periódicas con el Personal médico?

_____ 1. Si (Pasar a **P08.1.**) _____ 0. No

P.08.1. ¿Con qué frecuencia?

P.08.a. _____ una vez por semana

P.08.b. _____ cada dos semanas

P.08.c. _____ una vez por mes

P.08.d. _____ cada dos meses o más

P.09. ¿Además de las reuniones regulares, su Jefe de Servicio realiza reuniones con el personal médico cuando él lo necesita?

_____ Si _____ No

A continuación le voy a hacer algunas preguntas sobre su desempeño como trabajador en la línea jerárquica (no como médico)

P.10. ¿En las reuniones de personal, con qué grado de libertad se siente el personal médico de plantear los asuntos y problemas de trabajo (por ejemplo, divulgar los conflictos, los problemas, tener participación en las decisiones administrativas u otras decisiones críticas, etc.)?

Ninguno	Poco	Algo	Bastante	Mucho	No sabe	No contesta
1	2	3	4	5	88	99

P.11. ¿Cómo describiría el clima laboral del trabajador-médico en su área?

Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	No sabe	No contesta
1	2	3	4	5	88	99

P.12. ¿Considerando todo, cuan satisfecho está usted con su trabajo actual?

Nada	Poco	Algo	Bastante	Muy Satisfecho	No sabe	No contesta
1	2	3	4	5	88	99

Hay diferentes estilos de toma de decisión en las organizaciones que se extienden desde muy centralizado (donde las decisiones son tomadas solamente por directores/supervisores y los superiores; es muy jerárquico) a muy descentralizado (donde los trabajadores de primera línea como Usted participan en varias clases de decisiones).

P.13. En general, ¿cómo describiría Ud. la estructura de toma de decisión en su organización (Ministerio de Salud)?

Centralizada	Algo Centralizada	Medianamente	Bastante descentralizada	Muy descentralizada	No sabe	No contesta
1	2	3	4	5	88	99

P.14. La comunicación general y el estilo de gestión suelen ser diferentes entre las áreas de servicio. En base a su área, cómo la describiría mejor?

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	No Contesta	No sabe
P.14.a. La comunicación entre Ud. y su Jefe de Servicio es abierta	1	2	3	4	5	99	88
P.14.b. La comunicación lateral -en donde se tiene la oportunidad de compartir información y conocimientos con los compañeros de trabajo- es muy buena	1	2	3	4	5	99	88
P.14.c. La comunicación de la información que "baja" (desde los directivos superiores/administradores del Ministerio a su Jefe de Servicio) es muy buena	1	2	3	4	5	99	88
P.14.d. La comunicación entre Ud. y Jefe de Servicio es abierta	1	2	3	4	5	99	88
P.14.e. Se siente representado por su Jefe de Servicio	1	2	3	4	5	99	88
P.14.f. Su Jefe de Servicio es innovativo y creativo	1	2	3	4	5	99	88

SUPERVISIÓN

P.15. Nos gustaría aprender más acerca de su trabajo, por ello le preguntamos si su desempeño en su trabajo es monitoreado (controlado), evaluado y reconocido por su jefe en su Área de Servicio. Por favor, indique en lo siguiente:

15.1. Mi desempeño no es monitoreado (controlado)

15.2. Es controlado informalmente

15.3. Mi desempeño es controlado y/o seguido formalmente

ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

P.16. En los últimos tres años, Ud. ha recibido capacitación en los ítems citados abajo?

Si responde afirmativamente, consigne si la capacitación fue formal (por ejemplo, cursos, talleres, jornadas en aulas) o informal (por ejemplo, capacitación, práctica o entrenamiento realizado por su Jefe de Servicio de área)

	SI	NO	Si responde sí, ¿de qué tipo?		
			Formal	informal	Ambos
P.16.a. Acciones contra las endemias regionales y las nuevas patologías sociales de principio de siglo	1	0	P.16.a.1.	P.16.a.2.	P.16.a.3.
P.16.b. Modalidades de acción intersectorial entre las organizaciones de salud, otras agencias sociales y líderes comunitarios	1	0	P.16.b.1.	P.16.b.2.	P.16.b.3.
P.16.c. Conocimiento sobre programas nacionales y su coordinación e implementación con los programas provinciales de salud	1	0	P.16.c.1.	P.16.c.2.	P.16.c.3.
P.16.d. Educación para la salud, educación nutricional, adicciones y otros	1	0	P.16.d.1.	P.16.d.2.	P.16.d.3.
P.16.e. Modelos de salud integral con enfoque familiar y participación comunitaria.	1	0	P.16.e.1.	P.16.d.2.	P.16.d.3.
P.16.f. Investigación y vigilancia de brotes epidémicos	1	0	P.16.g.1.	P.16.g.2.	P.16.g.3
P.16.g. Modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles	1	0	P.16.h.1.	P.16.h.2.	P.16.h.3.
P.16.h. Factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.	1	0	P.16.i.1.	P.16.i.2.	P.16.i.3.
P.16.i. Objetivos del Plan Maestro de Salud de la Provincia y sus estrategias de aplicación en los próximos años.	1	0	P.16.j.1.	P.16.j.2.	P.16.j.3.
P.16.j. Formación, entrenamiento y liderazgo de equipos de trabajo	1	0	P.16.k.1.	P.16.k.2.	P.16.k.3.
P.16.k. Cursos referidos a su especialidad médica	1	0	P.16.l.1.	P.16.l.2.	P.16.l.3.

GRADOS/NIVELES DE DISCRECIONALIDAD

P.17. En algunas áreas, el personal médico puede tener pautas o reglas sobre la aplicación de los programas u objetivos a alcanzar, mientras que en otras, tienen que utilizar su criterio profesional. En las siguientes áreas, en qué medida se toman las decisiones sobre la base de reglas del organismo público de salud, y en qué medida están basados en el criterio personal:

	Siempre basado en normas claras	Generalmente basado en normas claras	A veces en normas, a veces en juicios propios	Generalmente basados en juicios propios	Siempre basados en juicios propios	No es mi área de responsabilidad	No Sabe	No contesta
P.17.a. Programa de Vacunación nacional y provincial	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.b. Autorizar traslados a otros centros de salud provinciales	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.c. Cuando entregar remedios gratuitamente	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.d. Cuando eximir al paciente de ciertos requisitos para acceder a beneficios de salud pública	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.e. Internación de pacientes de la tercera edad	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.f. Internación de niños y sus madres	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.g. Otorgamiento de licencias por enfermedad	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.h. Acceso a programas de salud especiales (ej. Celíacos, diabetes, etc.)	1	2	3	4	5	77	88	99

P.17.i. Brindar información sobre modos de prevención de enfermedades	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.j. Exceptuar de la aplicación de protocolos preestablecidos	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.k. Exceptuar de la aplicación de procedimientos administrativos preestablecidos	1	2	3	4	5	77	88	99
P.17.l. Otros:	1	2	3	4	5	77	88	99

Ahora trataremos sobre sus Opiniones sobre la Salud Pública Provincial:

P.18. A continuación le presentamos algunas consideraciones sobre la salud pública de las que nos gustaría conocer su opinión. Por favor en una escala de 1 a 5 ¿puede decirnos qué grado de acuerdo tiene con estas consideraciones?

	No	Poco	Algo	Bastante	Mucho	No Contesta
P.18.a. Todas las personas acceden al hospital público	1	2	3	4	5	99
P.18.b. La calidad de atención es la mejor que podrían tener los ciudadanos	1	2	3	4	5	99
P.18.c. La salud pública es un derecho de los ciudadanos	1	2	3	4	5	99
P.18.d. El nivel actual de la salud es acorde a los objetivos propuestos por el Ministerio Provincial	1	2	3	4	5	99
P.18.e. La situación económica general produce mayor afluencia de pacientes a los hospitales públicos	1	2	3	4	5	99
P.18.f. El sistema provincial posee los recursos humanos adecuados para atender la demanda de salud actual	1	2	3	4	5	99
P.18.g. El sistema de salud provincial posee la tecnología adecuada para mejorar la atención de la salud	1	2	3	4	5	99
P.18.h. La infraestructura de su lugar de trabajo es adecuada para el buen ejercicio de su profesión	1	2	3	4	5	99
P.18.i. Los salarios actuales son adecuados a las actividades y exigencias del sistema de salud provincial	1	2	3	4	5	99
P.18.j. El presupuesto asignado a su Centro/salita/Área de Servicio es adecuado a las necesidades de funcionamiento	1	2	3	4	5	99
P.18.k. La atención actual cumple con el derecho a la salud que poseen los ciudadanos	1	2	3	4	5	99
P.18.l. La informatización de su Área de Servicio es necesaria para mejorar la toma decisiones y la calidad del sistema público	1	2	3	4	5	99

P.19. Pensando en los beneficiarios del Sistema de Salud pública, en qué medida está usted de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho	No sabe	No Contesta
P.19.a. Las personas asistidas pueden ser tratados en sus diversos problemas en el sistema público	1	2	3	4	5	88	99
P.19.b. Piensa que las personas de escasos recursos que asisten tienen suficiente atención	1	2	3	4	5	88	99
P.19.c. Siente que las personas con Obra Social deberían acudir a centros privados	1	2	3	4	5	88	99
P.19.d. Considera que las personas atendidas deberían colaborar más con el cuidado de su salud	1	2	3	4	5	88	99
P.19.e. Siente que puede cumplir con su deber hacia los atendidos en las condiciones actuales del sistema	1	2	3	4	5	88	99
P.19.f. Cree que las personas atendidas se	1	2	3	4	5	88	99

diferencian de acuerdo a su situación socioeconómica (ingresos, estudios, etc.)							
P.19.g. El servicio de salud actual es adecuado para atender personas de la tercera edad	1	2	3	4	5	88	99
P.19.h. El servicio de salud actual es adecuado para atender madres solas con hijos	1	2	3	4	5	88	99
P.19.i. El servicio de salud actual es adecuado para atender personas con adicciones	1	2	3	4	5	88	99
P.19.j. El servicio de salud actual es adecuado para atender a los grupos más vulnerables	1	2	3	4	5	88	99
P.19.k. El servicio de salud actual es adecuado para atender situaciones de violencia familiar	1	2	3	4	5	88	99

P.20. Características personales del Profesional

Sexo: _____ 1. Masculino _____ 2. Femenino

Edad cumplida: _____

Título grado: _____

Año de Titulación: _____ Año del primer contrato laboral en su especialidad: _____

Área de Especialización: _____

Realizó Cursos o carreras de posgrado: Si (1) _____ No (0) _____

Lugar de trabajo: _____

Tipo de cargo que ocupa: _____

Área de desempeño actual: _____

Antigüedad en Salud Pública: _____

SI DESEA CONOCER LOS RESULTADOS DE ESTE TRABAJO, POR FAVOR, DÍGAME DE QUE FORMA LE PODEMOS HACER LLEGAR LA INFORMACIÓN (TELÉFONO, MAIL, OTRO) _____

DATOS DEL ENCUESTADOR

Encuestador/a:	
Centro de Salud u Hospital	
Teléfono del informante (control)	
Tiempo de Duración encuesta	
Observaciones del Encuestador	

